

ISBN: 978-65-86901-64-1
DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.000



Envelhecimento Populacional: saúde, doenças, cuidados e serviços

Organizadores:

Manoel Freire de Oliveira Neto	Genilson Cesar Soares Bonfim
Alice Maria Delerue Alvim de Matos	Maria Helena Chaves
Ana Claudia Torres de Medeiros	de Vasconcelos Catao
Anna Quialheiro Abreu da Silva	Rafaella Queiroga Souto
Bruna da Silva Vieira Capanema	Rosangela de Araujo Lima
Cirlene Francisca Sales da Silva	Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves	Sheila Marta Carregosa Rocha
Claudia Reinoso Araujo de Carvalho	Thiago Fernandes
Clenise Liliane Schmidt	Vanessa Martinhago Borges Fernandes



IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)

E61 Envelhecimento populacional: saúde, doenças, cuidados e serviços / organizadores, Manoel Freire de Oliveira Neto, et al. [...]. - Campina Grande: Realize Editora, 2022.

1030 p. : il.

ISBN: 978-65-86901-64-1

1. Envelhecimento humano. 2. Pessoa idosa. 3. Saúde cognitiva. 4. Dor crônica. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 8

Elaborada por Giulianne Monteiro Pereira

CRB 15/714



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



IX CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO

**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:
SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS**

ORGANIZADORES

Manoel Freire de Oliveira Neto
Alice Maria Delerue Alvim de Matos
Ana Claudia Torres de Medeiros
Anna Quialheiro Abreu da Silva
Bruna da Silva Vieira Capanema
Cirlene Francisca Sales da Silva
Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves
Claudia Reinoso Araujo de Carvalho
Clenise Liliane Schmidt
Genilson Cesar Soares Bonfim
Maria Helene Chaves de Vasconcelos Catão
Rafaella Queiroga Souto
Rosangela de Araujo Lima
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Sheila Marta Carregosa Rocha
Thiago Fernandes
Vanessa Martinhago Borges Fernandes



Campina Grande-PB
2022



COMITÊ EDITORIAL

ADALBERTO ALVES DE CASTRO *UNIBAVE*

ADRIANA DE OLIVEIRA ALCÂNTARA *UNIFOR*

ADRIANA DUTRA THOLL *UFSC*

ÁGATA CRISTINIER CASTANHEDA DA SILVA *FIOCRUZ*

ALAN CRONEMBERGER ANDRADE *UNIFESP*

ALANA VIEIRA LORDÃO *UFPB*

ALBIMARA HEY *IFPR*

ALIENY CRISTINA FERREIRA *UEPB*

ANA CLÁUDIA BONILHA *UNIFESP*

ANA CRISTINA RODRIGUES LUNA E SILVA *UFPB*

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA *UFRN*

ANA FILIPA DA COSTA CORREIA *UNIVERSIDADE DO MINHO*

ANA KARINE SÁ *IFPE - Pesqueira*

ANA PAULA RIBEIRO DE CASTRO *UECE*

ANDERSON DA SILVA HONORATO *IFSC*

ANDREA CAMAZ DESLANDES *UFRJ*

ANDRÉA HOLZ PFÜTZENREUTER *UFSC*

ANDREIA FONSECA DE PAIVA *UNIVERSIDADE DO MINHO*

ANDRESON CHARLES DE FREITAS SILVA *ESTÁCIO - CE*

ANGÉLICA DE GODOY TORRES LIMA *IFPE*

BELARMINO SANTOS DE SOUSA JÚNIOR *UFPE*

BIANCA JOANA MATTIA *UNOCHAPECÓ*

BRUNO COSTA POLTRONIERI *IFRJ*

CAIO CÉSAR DA PAZ SANTOS *UNICAP*

CAMILLA SANDRIANNY PEREIRA BARBOSA *UFPB*

CAROLINA REBELLATO *UFRJ*

CEZAR GRONTOWSKI RIBEIRO *IFPR*

CIBELLY NUNES FORTUNATO *UFPB*

CLÁUDIA CUNHA *UNIVERSIDADE DO MINHO*

CLODOALDO ANTÔNIO DE SÁ *UNOCHAPECÓ*

CYNTHIA ALVES FELIX DE SOUSA *UFPB*

CYNTHIA ROBERTA DIAS TORRES SILVA *IFPE*

DAMIANA LIMA COSTA *UDESC*

DANIELY DA SILVA DIAS VILELA *UNICAP*

DANÚBIA HILLESHEIM *UFSC*

DÉBORA MARTINS DOS SANTOS *Instituto de Nutrição - UERJ*

DELÂNIO HORÁCIO DOS SANTOS *UNICAP*

EDSON DE SOUZA LIMA *FPS*

ELISA MITKUS FLORES LINS *UNISUL*

ELISEU RISCAROLI *UFT*

ELLEN CORREIA FONSECA DE OLIVEIRA *IFPB*

EVANILZA MARIA MARCELINO *UPE*

FABIANA FERRAZ QUEIROGA FREITAS *UFMG*

FABRÍCIO SOUSA SIMÕES *UNIMAM*

FELIPE FANK *UDESC*

FRANCIELE DA SILVA VIEIRA PEREIRA *UDESC*

GABRIEL DE AGUIAR ANTUNES *UDESC*

GABRIELA ALVES MENDES *UFRJ*

GABRIELLA MEDEIROS SILVA *UFPB*

GIGLIOLA MARCOS BERNARDO DE LIMA *UFMG*

GILVANETE D O PEREIRA *CEAPE/PB*

GINA DA SILVA VOSS *UNIVERSIDADE DO MINHO*

GUILHERME GUARINO DE MOURA SÁ *IFPE*

HELENO PEREIRA NUNES *UNICAP*

HÉRCULES LÁZARO MORAIS CAMPOS *UFES*

ISABELLA LEANDRA SILVA SANTOS	UFPB
JAIELISON YANDRO PEREIRA DA SILVA	UFPB
JANDIRLLY JULIANNA DE SOUZA SOUTO	UFPB
JESSICA DE MENEZES NOGUEIRA	UFPI
JOEL DE ALMEIDA SIQUEIRA JUNIOR	UFSC
JORGE LUÍS PEREIRA CAVALCANTE	CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINTA
JORGE NEI NEVES	UFPR
JOSÉ ANTONIO DA SILVA JÚNIOR	UERN
JOSÉ DE ALENCAR FERNANDES NETO	UEPB
JOSEFA RAQUEL LUCIANO DA SILVA	UEPB
JULIANA DE CASTRO NUNES PEREIRA	IFPE
JULIANA MAGALHÃES SILVA	FMUSP
JULIO CESAR BARBOSA DE LIMA PINTO	FATENE
KAROLINE LEITE GUEDES DE OLIVEIRA	UNINASSAU - Natal/RN
KATIUSCE FACCI PERUFO	IFFARROUPILHA
KEVIN FONTELLES MORAIS	UEPB
KHELYANE MESQUITA DE CARVALHO	UFPI
KLEANE MARIA DA FONSECA AZEVEDO ARAÚJO	UFCG
LAÍS GONZAGA DE FARIAS	UEPB
LARISSA PRUNER MARQUES	SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
LÍVIA MARIA SANTIAGO	UFRJ
LUANNA DOS SANTOS ROCHA	IFPE
LUCIANA MOTTA	UNIFRAN
MARGARETH CRISTINA DE ALMEIDA GOMES	UFRJ
MARIA CHRISTIANE DOS SANTOS CERENTINI	UNICAP
MARIA DO CARMO CLEMENTE MARQUES FIGUEIREDO	UFPB
MARIA ISABEL GONÇALVES DA SILVA	UNOCHAPECÓ
MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO	UFCG
MARIANGELA GOBATTO	IFPR

MARIANO VICENTE S. FILHO *UNICAP*

MATEUS DAVID FINCO *UEPB*

MAYARA EVANGELISTA DE ANDRADE *UEPB*

MAYARA MUNIZ PEIXOTO RODRIGUES *UEPB*

MICHELLE DA SILVA PEREIRA *IFPA*

MICHELLE DIDONE DOS SANTOS *USP*

MILENA EDITE CASÉ DE OLIVEIRA *UEPB*

MIRIAN RIQUE DE SOUZA BRITO DIAS DIAS *FPS*

MÔNICA DIAS PALITOT *UEPB*

NATÁLIA LEANDRO DE ALMEIDA *UEPB*

NELSON MIGUEL GALINDO NETO *IFPE*

NYSSHERDSON FERNANDES DE BARROS *INEP*

PATRICIA JOSEFA FERNANDES BESERRA *UEPB*

PATRÍCIA MARIA TEIXEIRA DA SILVA *ESE-IPVC*

PAULA MARIA FERNANDES RODRIGUES *UNIVERSIDADE DO MINHO*

PAULO GABRIEL SALGADO SILVA *UNIVERSIDADE DO MINHO*

POLYANA LUZ DE LUCENA *UNICAP*

PRISCILA JUCELI ROMANOSKI *UNIVALI*

RAFAELLA FELIX SERAFIM VERAS *UEPB*

RAIMUNDO VALMIR DE OLIVEIRA *IFPE*

RAQUEL SOFIA ARIEIRA GONÇALVES *IPVC-ESE*

REGILENE ALVES PORTELA *UERN*

RENATA BORBA DE AMORIM OLIVEIRA *UFRJ-MACAÉ*

RENATA LÍVIA SILVA FONSECA MOREIRA DE MEDEIROS *FSM*

RHUAN ISLLAN SANTOS GONÇALVES *UEPB*

ROBERTA MACHADO ALVES *UFRN*

RODRIGO PINHEIRO FERNANDES DE QUEIROGA *UFCG*

ROSALBA MARIA DOS SANTOS *UEPB*

ROSANE PAULA NIEROTKA *UNOCHAPECÓ*

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS *UFCG*

SAMUEL SPIEGELBERG ZUGE *UNOCHAPECÓ*

SANNI MORAES DE OLIVEIRA *UEPB*

SCHEILA MARCON *UNOCHAPECÓ*

SHEILA MARTA CARREGOSA ROCHA *UNEB*

SILVANA CAVALCANTI DOS SANTOS *IFPE*

SOFIA HILUEY LEITE *UEPB*

SUELYN MARIA LONGHI DE OLIVEIRA *UTFPR*

SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA *UEPB*

SUZETE CARBONELL LEAL *UFRGS*

TERESA CRISTINA VITAL DE SOUSA *UNICAP*

THAÍSE ALVES BEZERRA *UEPB*

THAMYRES MARIA SILVA SIMÕES DE ALBUQUERQUE *UEPB*

THAYSE MOTA ALVES *UPE*

THIAGO TAVARES SOARES *UNINTA*

TIAGO JOSE SILVEIRA TEOFILLO *Enfermeiro*

VALDENICE JOSÉ RAIMUNDO *UNICAP*

VALDIRENE PEREIRA DA SILVA CARVALHO *IFPE*

VANESSA DA SILVA CORRALO *UNOCHAPECÓ*

VIRGINIA LUCIA COSTA NEVES *UNICAP*

VITOR MARTINS GUESSER *UFSC*

WALESKA FERNANDA SOUTO NÓBREGA *UEPB*

WENDELL SOARES CARNEIRO *IFPE*

PREFÁCIO

O CIEH presencial voltou! Após dois anos em formato remoto por conta da pandemia da COVID-19, pudemos, finalmente, aquecer os nossos corações com o olho no olho e com os abraços calorosos, que são característicos dos nossos eventos. Ainda que tenhamos adotado o modelo híbrido, um novo formato de produção e partilha de conhecimentos, estarmos juntos e perto outra vez, nos trouxe a certeza de que juntos somos mais fortes e produzimos melhor!

O CIEH 2022, teve como tema central o *“Envelhecimento Populacional: Saúde, Doenças, Cuidados e Serviços”*, tema este provocado pelos grandes impactos e mudanças advindos da pandemia da COVID-19, tanto para os diversos serviços e profissionais da saúde e demais áreas de conhecimento, quanto para as pessoas idosas, seus familiares e a sociedade em geral.

Sempre como um espaço de reflexões, diálogos e proposições para um envelhecimento mais positivo e digno, nesta edição, abarcamos 20 áreas temáticas que se debruçaram em conhecimentos desde os aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais, aos culturais, educacionais e tecnológicos, buscando contemplar a pluralidade dos aspectos inerentes ao processo de envelhecimento, às velhices e às pessoas idosas.

Como registro desse retorno tão relevante e dotado de sentidos e significados, compusemos este E-book com mais de 50 trabalhos de muita qualidade, atenção e respeito às pessoas idosas. Cada um deles revela as experiências dos seus (as) autores (as), e suas relações com um cotidiano plural que são seus contextos, às velhices e às pessoas idosas.

Gratidão a todos e todas pela contribuição ao universo acadêmico e científico, mas sobretudo, às pessoas idosas.

Desejo que façam uma leitura profícua e amorosa.

Profa. Dra. Nayana Pinheiro Tavares

Pós-Doutorado em Políticas de Atenção às Pessoas idosas e o papel da Educação – Universidade de Salamanca – Espanha. Doutorado em Educação – Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Gerontologia – Titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Coordenadora do Núcleo de Envelhecimento, Velhice e Idosos – Universidade Federal Rural de Pernambuco

SUMÁRIO

ÁREA TEMÁTICA 02 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO 23

Alice Delerue Matos

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.014

CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS NO BRASIL SOB O CONTEXTO DA COVID-19 26

Danielle Silva de Meireles
Caroline Santos de Araujo
Tatiana Rodrigues da Silva Dantas
Fernanda Carla Guedes Cunha
Cibelly Nunes Fortunato

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.016

CONDIÇÕES ECONÔMICAS E SAÚDE FÍSICA DOS EUROPEUS COM 50 E MAIS ANOS 50

Filipa Correia
Alice Delerue Matos

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.017

CONTAMINAÇÃO EM SUPERFÍCIES HOSPITALARES DE UTIS: FACILITADOR DE INFECÇÕES EM PACIENTES IDOSOS? .. 75

Maria Eduarda Lima Oliveira
Italo Freitas Pereira
Heronides dos Santos Pereira
Patrícia Maria de Freitas e Silva

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.046

SÍFILIS ADQUIRIDA EM PESSOAS IDOSAS 96

Roberta Machado Alves
Ana Karina da Cruz Machado
Maria Izabel dos Santos Nogueira

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.049

**SOLIDÃO E DISTÚRBIOS DO SONO DURANTE A
PANDEMIA: UM ESTUDO A NÍVEL EUROPEU 99**

Paulo Silva
Paula M. F. Rodrigues
Gina Voss
Alice Delerue Matos

**ÁREA TEMÁTICA 03
ATENÇÃO À SAÚDE: PROMOÇÃO, PREVENÇÃO
E REABILITAÇÃO NO ENVELHECIMENTO 121**

Rafaella Queiroga Souto

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.008

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE
MAMA PELO ENFERMEIRO NAVEGADOR À LUZ DA
TEORIA DE IMOGENE KING 123**

Lorena Sofia dos Santos Andrade
Bruna de Souza Buarque
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz
Rebeka Maria de Oliveira Belo

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.009

**ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA:
REFLEXÃO TEÓRICA EM UMA REALIDADE PANDÊMICA 141**

Vanei Pimentel Santos
Elie de Jesus Melo
Wilma Resende Lima

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.018

**CONTENÇÃO MECÂNICA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS
NO CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA 163**

Rafaella Felix Serafim Veras
Mayara Muniz Peixoto Rodrigues
Valkênia Alves Silva
Jacira dos Santos Oliveira

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.025

**ESTIMULAÇÃO COGNITIVA ATRAVÉS DA HISTÓRIA
CONTADA E CANTADA EM PESSOAS IDOSAS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA 180**

Erica Maria Belmiro dos Santos
Jaqueline Nascimento dos Santos
Katia Neyla de Freitas Macedo Costa
Cristine Hirsch

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.033

O IDOSO E SÍFILIS ADQUIRIDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ..191

Lenilma Bento de Araújo Menezes
Jefferson da Silva Soares
Jaqueline Nascimento dos Santos
Josefa Leandra Machado de Araújo

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.037

**PREVALÊNCIA DA DOR CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA
EM IDOSOS: REVISÃO ANALÍTICA 211**

Élyman Patrícia da Silva
Fabiola de Araújo Leite Medeiros

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.047

**SÍNDROME DE BURNOUT: FATORES QUE PREDISPÕE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE PRESTAM
ASSISTÊNCIA A IDOSOS QUEIMADOS 226**

Angélica de Godoy Torres Lima
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz
Lorena Sofia dos Santos Andrade
Rebeka Maria de Oliveira Belo
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.048

**SINTOMAS OSTEOMUSCULARES EM PESSOAS IDOSAS
EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO INTERIOR DO RIO
GRANDE DO NORTE 246**

José Felipe Costa da Silva
João Vinícius Bezerra Marques
Milena Moraes Lima
Thalia Barbalho
Edson Mendes Marques

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.050

**TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM
PESSOAS COM DOENÇA ALZHEIMER 248**

Gabriella Medeiros Silva
Edizângela de Fátima Cruz de Souza
Jandirly Julianna de Souza Souto
Thiago Monteiro de Paiva Fernandes

ÁREA TEMÁTICA 04

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS E
COMPORTAMENTAIS NO ENVELHECIMENTO 264**

Cirlene Francisca Sales da Silva

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.006

**APOIO SOCIAL E AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS
ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA 267**

Sthephanie de Abreu Freitas
Ana Luísa Fernandes Vieira Melo
Cleane Rosa Ribeiro da Silva
Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.012

**AVÓS E NETOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE
A RELAÇÃO INTERGERACIONAL QUE SE AMPLIA NA
LONGEVIDADE 283**

Rodrigo de Oliveira Aureliano
Cristina Maria de Souza Brito Dias
Cirlene Francisca Sales da Silva

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.022

**DESAFIOS E OPORTUNIDADES DE UMA POPULAÇÃO QUE
ENVELHECE DENTRO DO SISTEMA PRISIONAL 301**

Daniely da Silva Dias Vilela
Cristina Maria de Souza Brito Dias
Cirlene Francisca de Sales da Silva

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.026

**ESTRESSE E COGNIÇÃO: UM ESTUDO CORRELACIONAL
COM IDOSOS 317**

Mônica Dias Palitot
Danyelle Gonzaga Monte da Costa
Bianca Karine Coelho FormigA
Suely Maria Alves de SouzaA

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.034

**O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS
IDOSAS 342**

Roberta Machado Alves
Ana Karina da Cruz Machado
José Wirving Araújo de Almeida
Maria Izabel dos Santos Nogueira

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.035

**PERCEPÇÃO DE IDOSAS SOBRE A VELHICE: UM ESTUDO
EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA 345**

Danyelle Gonzaga Monte da Costa
Mônica Dias Palitot
Suely Maria Alves de Souza
Francisco de Assis Toscano de Brito Junior
Orientadora: Mônica Dias Palitot

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.038

**PROCESSO DE RESTAURAÇÃO DA DIGNIDADE DE UMA
VIÚVA POBRE NO RETORNO À SUA TERRA NATAL 364**

Vera Lúcia Barreto Motta

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.040

**QUALIDADE DE VIDA, REDES SOCIAIS E COPING:
UM ESTUDO NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL COM
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE DESEMPREGO 383**

Raquel Gonçalves

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.045

**SEXUALIDADE: CONTRIBUIÇÕES DA TÉCNICA DE
APERCEPÇÃO PARA IDOSOS – SAT 412**

Virginia Lucia Costa Neves
Cristina Maria de Souza Brito Dias

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.051

**TRABALHADORAS SEXUAIS E A MUDANÇA DO CORPO:
OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS ACERCA DO CLIMATÉRIO,
MENOPAUSA E ENVELHECIMENTO 436**

Kelly Cristina do Nascimento
Maria do Socorro Alécio Barbosa
Tereza Natália Bezerra de Lima
Betânia da Mata Ribeiro Gomes

ÁREA TEMÁTICA 05

**ASPECTOS POLÍTICOS, EDUCACIONAIS,
SOCIAIS E CULTURAIS NO ENVELHECIMENTO 454**

Claudia Reinoso Araujo de Carvalho

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.002

**A EDUCAÇÃO DE IDOSOS NA EDUCAÇÃO DE JOVENS E
ADULTOS: REFLEXÕES FREIREANAS 456**

Isabel Cristina Nascimento Gomes Bomfim
Luana de Santana Ribeiro
Lanara Guimarães de Souza

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.010

**AUTOAVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E DAS CONDIÇÕES
DE ACESSO AOS ALIMENTOS ENTRE MULHERES ADULTAS
MADURAS E IDOSAS DE DISTINTAS CLASSES SOCIAIS 469**

Francieli Aline Conte
Johannes Doll

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.031

**IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA: RODA DE CONVERSA
ACERCA DAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS..... 494**

Tereza Natália Bezerra de Lima
Kelly Cristina do Nascimento
Maria do Socorro Alécio Barbosa
Fábia Maria Lima
Fátima Maria da Silva Abrão

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.042

**REFLEXÕES SOBRE A EXPECTATIVA DE VIDA SAUDÁVEL
E O ENVELHECIMENTO ATIVO..... 513**

Débora Wilza de Oliveira Guedes
Mariana de Oliveira Matsuda do Nascimento

ÁREA TEMÁTICA 06

**CUIDADOS PALIATIVOS, PERCURSO E
TERMINALIDADE..... 533**

Rosângela de Araujo Lima

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.005

**ANDANDO PELO VALE DA SOMBRA DA MORTE: CÂNCER
TERMINAL, CUIDADORAS E EQUIPE DE SAÚDE..... 536**

Rosângela de Araujo Lima

ÁREA TEMÁTICA 07

NOVAS TECNOLOGIAS E ENVELHECIMENTO..... 566

Anna Quialheiro

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.003

**A UTILIZAÇÃO DA INTERNET DEPOIS DOS 60+ ANOS:
PRINCIPAIS CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DE VIDA ... 569**

Patrícia Silva
Alice Delerue Matos
Roberto Pecino Martinez

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.007

**AS TDICS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO AOS IDOSOS
DE UM PROJETO DE EXTENSÃO - RELATO DE EXPERIÊNCIA 587**

Ricarly Almeida de Farias
Kelly Jaiane do Nascimento Pereira Sampaio
Vânia Maria Oliveira de Farias
Renata Cardoso Rocha Madruga

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.013

**CARACTERÍSTICAS E MOTIVAÇÕES DO USO DE INTERNET
ENTRE PESSOAS ACIMA DE 50 ANOS: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO 605**

Isabella Leandra Silva Santos

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.015

**COMUNICAÇÃO EFETIVA EM TERAPIA INTENSIVA NO
CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO
INTEGRATIVA 623**

Alana Vieira Lordão
Washington Silva Menezes
Matheus Gomes de Sousa
Cibelly Nunes Fortunato

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.052

**USO DE APLICATIVOS MÓVEIS DE RELACIONAMENTOS
POR ADULTOS JOVENS E IDOSOS. REVISÃO DE ESCOPO..... 642**

Juliana Cordeiro Carvalho
Suelane Renata de Andrade Silva
Lilian Cliquet

ÁREA TEMÁTICA 08

ATIVIDADES FÍSICAS E ENVELHECIMENTO 658

Bruna da Silva Vieira Capanema

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.001

**A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO
ATENDIMENTO DOMICILIAR DE IDOSOS LONGEVOS COM
FRAGILIDADE 660**

Bruna da Silva Vieira Capanema
Giovana Zarpellon Mazo

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.041

**QUALIDADE DO SONO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE
IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 677**

Felipe Fank
Francine Alves Nunes
Giovana Zarpellon Mazo

ÁREA TEMÁTICA 09

**DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS A SAÚDE DA
PESSOA IDOSA 695**

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.028

**FATORES ESTRESSORES, NA VISÃO DOS FAMILIARES E
CUIDADORES, QUANTO AOS CUIDADOS PRESTADOS A
INDIVÍDUOS COM ALZHEIMER: REVISÃO INTEGRATIVA 698**

Rêneis Paulo Lima Silva
Carla Couto de Oliveira Diniz
Evanilza Maria Marcelino
Ivoneide Ribeiro Costa
Jeane da Silva Rocha Santos

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.029

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE
SAÚDE AUTORREFERIDAS DE IDOSOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS 717**

Evanilza Maria Marcelino
Ana Cláudia Torres de Medeiros

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.039

**QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO TERAPÊUTICA DE
MULHERES IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA 736**

Lia Raquel de Carvalho Viana
Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira
Cleane Rosa Ribeiro da Silva
Tatiana Ferreira da Costa
Kátia Nêyla de Freitas Macedo Costa

ÁREA TEMÁTICA 10
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA ASSISTÊNCIA
A PESSOA IDOSA **761**

Genilson Cesar Soares Bonfim

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.004

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA
EUTANÁSIA E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VIDA **764**

Camilla Sandrianny Pereira Barbosa
Maria do Carmo Clemente Marques Figueiredo
Ellen Correia Fonseca de Oliveira

ÁREA TEMÁTICA 11
DIAGNÓSTICO CLÍNICO **777**

Vanessa Martinhago Borges Fernandes

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.027

FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS E NÃO
MODIFICÁVEIS DA ENDOCARDITE INFECCIOSA: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA **780**

Kelly Soares Farias

ÁREA TEMÁTICA 12
FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE DA
PESSOA IDOSA **799**

Clenise Liliene Schmidt

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.043

RISCO PARA VIOLÊNCIA E SÍNDROME DA FRAGILIDADE
EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO HOSPITALAR **802**

Renata Clemente dos Santos-Rodrigues
Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro
Ana Márcia Nóbrega Dantas
Rafaella Queiroga Souto

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.053

**USO DE PSICOTRÓPICOS POR PESSOAS IDOSAS FRÁGEIS
HOSPITALIZADAS 820**

Valkenia Alves da Silva
Rafaella Felix Serafim Veras
Mayara Muniz Peixoto Rodrigues
Jacira dos Santos Oliveira

ÁREA TEMÁTICA 14
**PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
DA PESSOA IDOSA 839**

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.024

**É PRECISO SABER VIVER: ASPECTOS DA LONGEVIDADE E
ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 842**

Simone de Oliveira
Márcia Stengel

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.044

**SAÚDE É PLENITUDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE PARA IDOSOS COMUNITÁRIOS 861**

Susanne Pinheiro Costa e Silva
Mirella Maria Costa e Silva
Nilza Maria Cunha
Ana Suerda Leonor Gomes Leal

ÁREA TEMÁTICA 15
SAÚDE BUCAL 880

Maria Helena de Vasconcelos Catao

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.011

AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS COM CÂNCER ... 882

Raquel Couto Galindo
LSR
CSO
JVC

ÁREA TEMÁTICA 17

TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICOS 897

Thiago Fernandes

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.019

CUIDADOS DA ENFERMAGEM QUANTO A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM IDOSOS EM USO DE ANTICOAGULANTES ORAIS 899

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz
Hamon Edward Oliveira Queiroz
Lorena Sofia dos Santos Andrade
Rebeka Maria de Oliveira Belo

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.030

FOTOBIOESTIMULAÇÃO COMO TERAPIA COADJUVANTE NA COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO 917

Cibelly Nunes Fortunato
Erika Vilar Bôtto Targino
Regina Coely Donato Carreiro
Washington Silva Menezes

ÁREA TEMÁTICA 18

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA 937

Ana Claudia Torres de Medeiros

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.020

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM PESSOAS IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA 939

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort
Maria Eduarda Silva do Nascimento
Rita de Cássia Azevedo Constantino
Ângelo Máximo Soares de Araújo Filho
Ana Elza Oliveira de Mendonça

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.023

**DESENVOLVIMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM
IDOSOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA..... 960**

Belarmino Santos de Sousa Júnior
Sarah Gabrielle Ramos de Lima
Danilo Oliveira de Souza
Isabella Medeiros de Oliveira Magalhães

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.032

**LESÃO POR PRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS APÓS
CIRURGIA CARDIACA..... 977**

Maria Eduarda Silva do Nascimento
Vilani Medeiros de Araújo Nunes
Thaiza Teixeira Xavier Nobre
Gisele Santana Pereira Carreiro
Ana Elza Oliveira de Mendonça

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.036

**PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: RETRATO DOS
ENSAIOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA 997**

Thallyta Juliana Pereira da Silva
Pedro Camilo Calado da Silva
Cynthia Roberta Dias Torres Silva
Khelyane Mesquita de Carvalho

ÁREA TEMÁTICA 20

**DIREITOS E POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS
PARA PESSOA IDOSA..... 1013**

Sheila Marta Carregosa Rocha

DOI: 10.46943/IX.CIEH.2022.01.021

DÉFICIT DA SAÚDE BÁSICA NA PANDEMIA..... 1016

Priscilla Ferreira Lemos
Tamaíara dos Santos Castro



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 02

EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

ALICE DELERUE MATOS

O envelhecimento demográfico, ou seja, o aumento da proporção de idosos na população, é um fenômeno que atinge todos os países do mundo, ainda que ocorra a ritmos muito diversos. O rápido envelhecimento da população em alguns países, tal como o Brasil, representa um grande desafio para os sistemas de saúde que são interpelados a adaptarem-se, a um ritmo sem precedentes, às necessidades específicas de uma população idosa crescente. As alterações ao nível do funcionamento físico e cognitivo dos adultos mais velhos e as situações de multimorbilidade exigem medidas de prevenção e tratamento da doença que tenham em conta a heterogeneidade do estado de saúde deste grupo da população.

O envelhecimento demográfico enfrenta um outro desafio sempre que ocorre num contexto de importantes desigualdades sociais, como o que caracteriza muitos dos países que enfrentam um acentuado envelhecimento da população. Este contexto eleva a exposição ao risco e determina o aumento de doenças na população mais desfavorecida. Acresce que as mudanças ditadas pelo envelhecimento demográfico e os problemas de saúde resultantes do envelhecimento individual são muitas vezes enfrentados com recursos públicos manifestamente insuficientes. A Epidemiologia do Envelhecimento assume aqui um papel de relevo. Com efeito, os estudos nesta área do conhecimento, tais como os que se apresentam neste e-book, produzem evidências científicas que podem apoiar políticas que contribuam de forma eficaz e eficiente para a saúde dos idosos.

No primeiro estudo, os autores analisam a informação resultante das notificações de eventos adversos no Brasil ocorridos em 2021, fornecida pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, constatando maior incidência das úlceras por pressão na região sudeste do país, sobretudo na população dos 66 aos 75 anos. Este trabalho evidencia a importância da notificação de efeitos adversos para os cuidados de saúde à população idosa.

Os autores do segundo estudo analisam a relação entre as condições económicas e a saúde física dos europeus de 50 e mais anos. Recorrendo aos dados do projeto SHARE- Survey of Health, Ageing

and Retirement in Europe, concluem que condições económicas desfavoráveis e situações de privação material estão associadas a pior saúde física, depois de controladas as características sociodemográficas e culturais, a saúde mental e os comportamentos de risco em saúde dos indivíduos. Apontam para a importância de os sistemas de saúde adotarem medidas preventivas de saúde e cuidados de saúde especialmente dirigidos a adultos mais velhos, desfavorecidos economicamente.

O terceiro estudo avalia a contaminação microbiológica de superfícies da UTI adulto de um hospital público do Brasil. Conclui existir contaminação em diversos tipos de superfícies que, associada à condição imunológica dos idosos, favorece o desenvolvimento de infeções graves nestes pacientes. O estudo aponta para a importância da adoção de medidas que reduzam o risco de contaminação microbiológica de superfícies em UTIs.

O quarto estudo desta área temática resulta de uma revisão sistemática da literatura motivada pela constatação de um aumento significativo dos casos de sífilis, no Brasil, no grupo etário de 50 e mais anos. Os autores concluem, nomeadamente, a existência de uma relação entre o nível de conhecimento dos idosos quanto às infeções sexualmente transmissíveis, especialmente a sífilis, e a vulnerabilidade à infeção. Destacam o papel de relevo que os profissionais de saúde podem desempenhar na disseminação da informação sobre o controle de riscos deste tipo de infeções, junto dos adultos mais velhos.

O último estudo investiga a relação entre a solidão e os problemas de sono durante a pandemia de Covid19, nos europeus com 50 ou mais anos. Controladas as características demográfico-sociais, económicas e de saúde e o contacto dos indivíduos com a COVID-19, por um lado, e as políticas de confinamento e de saúde, implementadas pelos diversos governos dos países europeus, por outro lado, os autores constatarem existir uma relação entre solidão e problemas de sono durante a pandemia. Recomendam medidas que criam oportunidades de interação social dos indivíduos mais velhos, em contextos que exijam o seu isolamento físico, como aconteceu durante as fases mais graves da pandemia.

Alice Delerue Matos
Universidade do Minho

CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS NO BRASIL SOB O CONTEXTO DA COVID-19

DANIELLE SILVA DE MEIRELES

Mestre em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, daniellesmeireles@hotmail.com;

CAROLINE SANTOS DE ARAUJO

Especialista em Saúde da Família e Enfermeira da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, carolinesa1986@gmail.com;

TATIANA RODRIGUES DA SILVA DANTAS

Especialista em Centro Cirúrgico/CME, Dermatologia e Urgência e Emergência, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, carlaguedescunha@gmail.com;

FERNANDA CARLA GUEDES CUNHA

Mestre em Epidemiologia em Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, tatirodrigues21@yahoo.com.br;

CIBELLY NUNES FORTUNATO

Mestre em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, cibellynf@hotmail.com;

RESUMO

O sistema de informações é responsável pelo armazenamento de dados relacionados à assistência em saúde, que visa subsidiar o monitoramento dos eventos adversos e queixas técnicas através dos Núcleos de Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Tais aspectos, possibilitam estabelecer estratégias para investigação dos principais agentes causadores e fatores agravantes à sua ocorrência, com o objetivo de reduzir riscos e elaborar um plano de ação voltado para cada situação. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil das notificações de eventos adversos no Brasil sob o contexto da COVID-19. Trata-se de um estudo ecológico retrospectivo com abordagem quantitativa, através de dados secundários produzidos pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, por meio do relatório anual de incidentes relacionados à assistência à saúde de 2021. Com base nos resultados encontrados, observou-se dentre os eventos adversos, maior incidência das úlceras por pressão provenientes da região sudeste, sobretudo na população idosa com faixa etária entre 66 e 75 anos de idade e, a maioria classificada como grau de dano leve. Conclui-se que a prática da notificação assim como o incentivo à cultura de segurança, constitui um forte aliado às boas práticas assistenciais sobretudo no contexto pandêmico, onde notavelmente os pacientes mais idosos e que apresentavam múltiplas comorbidades, estavam mais susceptíveis à ocorrência de algum incidente ou evento adverso.

Palavras-chave: Gestão de riscos, Eventos adversos, COVID-19, Idoso.

INTRODUÇÃO

Inicialmente a preocupação com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente ganhou visibilidade mundial após relatório publicado pelo "Institute of Medicine" – IOM com resultados de vários estudos sobre a situação crítica dos danos à saúde, inclusive inevitáveis, ocasionados pela assistência médica nos Estados Unidos. O Brasil, norteador pela Organização Mundial de Saúde, tem demonstrado interesse e incansável envolvimento dos órgãos responsáveis pelo monitoramento e gerenciamento de riscos à ocorrência de eventos adversos, que possam trazer algum tipo de dano ao paciente, através de discussões que giram em torno da melhoria da qualidade assistencial nos serviços de saúde em todo âmbito nacional (BRASIL, 2017).

Através dos sistemas de informações, que é responsável pelo armazenamento de dados relacionados à assistência em saúde, o monitoramento e notificação dos eventos adversos e queixas técnicas através dos Núcleos de Segurança do Paciente em todos os estabelecimentos de saúde em todo território nacional tornou-se obrigatória. Nessa perspectiva, o banco de dados fornecido pelo Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária – NOTIVISA, possibilita estabelecer estratégias educativas para investigação dos principais agentes causadores e fatores agravantes à sua ocorrência, com o objetivo de reduzir riscos e elaborar um plano de ação voltado para cada situação (BRASIL, 2013; ORTEGA et al, 2017).

Evento adverso é caracterizado por todo e qualquer incidente que resulta em danos à saúde. Logo, trata-se de um elemento que traduz e revela a necessidade de um olhar crítico e investigativo em torno de sua causalidade. Sua ocorrência denota possíveis lacunas que precisam ser sanadas em prol da integridade pessoal e de trabalho com intuito de resguardar futuros problemas inclusive de ordem ética e legal aos envolvidos, visto que é dever de todo e qualquer usuário e profissional de saúde munir-se de conhecimentos acerca da segurança do paciente e qualidade do atendimento com o objetivo de evitar incidentes (BRASIL, 2013; ANJOS et al, 2021).

Recentemente, frente aos novos arranjos e desafios imposto pela pandemia da COVID-19, houve um aumento potencial dos riscos inerentes à assistência voltada para essa emergência em saúde pública

aos quais pacientes e profissionais estavam expostos nos serviços de saúde pela intensificação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Presenciamos uma desorganização das práticas assistenciais, acentuando novos perigos relacionados à segurança do paciente. Em contrapartida, o cenário pandêmico parece ter dado maior visibilidade ao tema. O desafio a partir de agora está na capacidade de garantir um acesso de qualidade fomentado em práticas seguras, cuidados efetivos baseados em uma rede de organização bem planejada (CALDAS et al, 2020).

Portanto, realizar um estudo acerca dessa temática, justifica-se pela necessidade de conhecer evidências acerca da incidência dos eventos adversos informados e monitorados pelo Sistema de Notificações de Vigilância Sanitária. Afinal, trata-se de uma ferramenta fundamental ao conhecimento e análise situacional na perspectiva de subsidiar condutas de planejamento, gerenciamento de riscos e incorporação de boas práticas, essencial à prevenção de incidentes e de danos decorrentes de falhas na assistência à saúde.

Baseado nesses dados, é possível realizar o seguinte questionamento: qual o perfil das notificações de eventos adversos no Brasil sob o contexto da COVID-19 no ano de 2021? No intuito de encontrar respostas para tal questionamento, o presente estudo teve como objetivo descrever a caracterização das notificações de eventos adversos no Brasil, sob o contexto da COVID-19, no ano de 2021.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico retrospectivo com abordagem quantitativa, através da identificação de dados secundários produzidos pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA do Ministério da Saúde, por meio do relatório anual de incidentes relacionados à assistência à saúde de janeiro a dezembro de 2021, utilizando os seguintes indicadores: tipo de incidentes/eventos adversos notificados com maior frequência, porcentagem notificadas por macrorregiões do país, número de notificações por Unidade Federativa (UF), distribuição dos incidentes ocorridos por faixa etária e incidentes notificados segundo grau do dano.

Para definir a questão norteadora da pesquisa, partimos do pressuposto da prática baseada em evidências, pois, sendo o Enfermeiro profissional que além de dominar conhecimentos técnicos inerentes a sua profissão, conhece detalhes dos processos operacionais dentro de uma instituição de saúde, tem um papel essencial no gerenciamento de riscos e segurança do paciente. Nesse contexto, dentre as estratégias gerenciais numa organização de saúde, considera-se primordial ao planejamento estratégico inerente a sua atuação prevenir ou reduzir qualquer tipo de dano seja ele clínico ou não clínico. Logo, atentando para essa realizada, tornou-se imprescindível de modo geral conhecer de forma macro o perfil dos incidentes/eventos notificados em todo o Brasil, sob o contexto da COVID-19, no ano de 2021.

Importante destacar que não foi possível estabelecer um recorte temporal, como previsto, em razão da indisponibilidade dos relatórios das notificações relacionadas à assistência à saúde com panorama nacional e específicos por Unidade Federativa para os anos de 2019 e 2020. Posto que, optamos por utilizar os dados disponíveis mais atuais referente ao ano de 2021 o qual retrata o impacto enfrentado pelo cenário pandêmico nos serviços de saúde.

A seleção dos dados que compõe o presente estudo foi realizado através da plataforma online de acesso aberto link www.gov.br/anvisa, em seguida aos tópicos Centrais de conteúdo, Publicações, Serviços de saúde, Relatório de notificações dos estados e Eventos adversos respectivamente. Em seguida, acesso aos arquivos nomeados por Brasil e por Unidade Federativa individualmente.

A etapa de mapeamento de dados foi norteadora por uma planilha eletrônica no Microsoft Excel®, ferramenta útil que permite a melhor visualização das informações bem como a manipulação automática dos dados. Após consolidação dos números em planilha, foi possível transformá-los em gráficos para melhor apresentação dos resultados e comunicação dos achados extraídos dos relatórios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos apontam que 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de dano durante a assistência, podendo afetar sua saúde e recuperação. Todo ser humano é passível de erros e por isso as falhas

acontecem nos serviços de saúde, entretanto, metade destes eventos podem ser evitáveis (ANVISA, 2020a).

Por definição, erros não são intencionais, enquanto violações são atos intencionais que não costumam ser maliciosas no cuidado de saúde, mas que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação rotineira é a não adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde. Erros como esse não levam necessariamente ao dano, mas podem contribuir para sua ocorrência (CALDAS et al, 2020).

Por mais que um serviço de saúde disponha de recursos financeiros e esteja bem preparado para atuar diante de qualquer situação, é um desafio complexo prestar assistência de qualidade a pacientes com COVID-19. Por isso, as falhas ocorridas nos serviços de saúde podem aumentar o tempo de internação e os custos adicionais, a um sistema já sobrecarregado (ANVISA, 2020b).

Tendo em vista este cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa de Segurança do Paciente, que foca na prevenção de eventos adversos em serviços de saúde (ANVISA, 2020a).

Entende-se por eventos adversos (EA), o incidente que resulta em dano à saúde. Portanto, a fim de prevenir estes eventos adversos nos serviços de saúde, durante todas as atividades de rotina e em especial no período pandêmico, devem ser intensificados os cuidados para reforçar as ações e estratégias de segurança do paciente, por meio da apropriada gestão de riscos e monitoramento dos EA em serviços de saúde (ANVISA, 2020b).

Devem ser notificados ao SNVS pelas equipes de segurança do paciente todos os eventos adversos graves, incluindo *never events* e os óbitos decorrentes de eventos adversos. Eles podem ser descritos como (ANVISA, 2020a):

- Eventos Adversos Graves: são aqueles que após a sua ocorrência, requerem intervenções médicas/cirúrgicas maiores ou para salvar a vida do paciente, reduzindo a expectativa de vida do mesmo ou causando danos permanentes ou a longo prazo ou perda de função;
- Óbitos resultantes de eventos adversos: são aqueles causados ou antecipados por esses eventos;

- Never events: referem-se aos eventos sentinela ou catastróficos, que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde (ANVISA, 2020a).

O conceito de evitabilidade também é importante. Nem todo EA pode ser evitado porque depende do conhecimento, informação e estado do cuidado no momento do incidente. Por exemplo, uma reação alérgica ocasionada por um medicamento administrado pela primeira vez é um EA, mas seria considerado um EA não evitável, porque não havia informação anterior sobre a alergia do paciente. Todavia, qualquer administração subsequente do tal medicamento a esse paciente seria considerada um erro de medicação evitável, constituindo clara falha de segurança, uma vez que já seria de conhecimento a alergia (CALDAS et al, 2020).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado no Brasil em 2013, a fim de contribuir com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Posteriormente, a Anvisa publicou a RDC nº 36/2013 que dispõe sobre a segurança do paciente em serviços de saúde. De acordo com o regulamento, todos os eventos adversos e óbitos relacionados a estes eventos, ocorridos nos serviços de saúde, devem ser notificados, pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do Sistema de Notificações em Vigilância em Sanitária (NOTIVISA), o sistema de informação disponibilizado para este fim (ANVISA, 2020a).

Em cumprimento ao regulamento técnico estabelecido por legislação brasileira, os Núcleos de Segurança do Paciente realizaram mensalmente no ano de 2021, as notificações de EA relacionados à assistência à saúde no SNVS, por meio do módulo específico inserido no NOTIVISA. Logo, foi possível observar um total de 225.526 incidentes notificados em todas as unidades federativas do país (ANVISA, 2020b).

Um ponto que merece atenção das equipes de segurança do paciente nas instituições de saúde, é desmistificar a ideia de punição associada às notificações, pois isso gera a subnotificação, uma triste realidade porque muitos profissionais sentem medo e/ou vergonha de notificar EA devido à política de punição ainda predominante (JESUS; MORAIS; ALMEIDA, 2020).

Os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) ou de Gerenciamento de Risco (GR), implementam modelos de notificação manual ou impressas para que sejam feitas voluntariamente e reencaminhadas ao NSP ou GR. Estudo revela que mesmo com esta padronização nas instruções para viabilizar a realização de notificação, a maioria dos profissionais ainda se sentem inseguros para notificar, alguns relatam que não sabem a respeito nem o local aonde as fichas ficam guardadas (SOARES et al, 2019).

Em algumas instituições de saúde, infelizmente, o evento adverso devidamente registrado, caracterizando a notificação do evento, incide em punição ao profissional e saúde, inclusive demissão. Essa fragilidade do sistema gera a subnotificação de eventos e, consequentemente, processos frágeis (MOURÃO; OLIVEIRA, 2019).

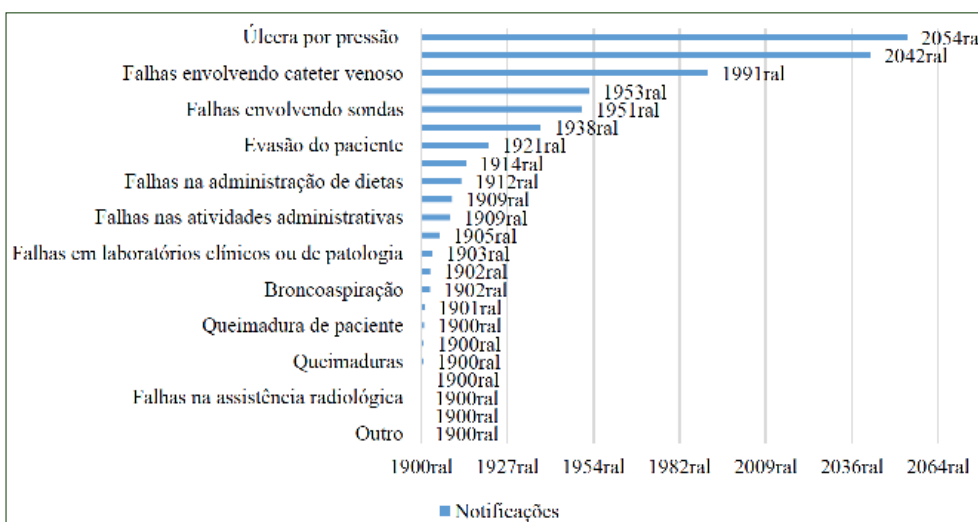
A promoção de um ambiente apoiador e não punitivo é fundamental para incentivar os profissionais a notificarem as situações de riscos e erro. Para promover um cenário de segurança é necessário que os serviços adotem um comportamento de aprendizagem contínua, conscientizando as equipes de saúde de que a notificação dos eventos e a análise de suas causas, são elementos para melhoria no processo assistencial, evitando ou pelo menos minimizando a recorrência das situações indesejadas e de danos aos pacientes (JESUS; MORAIS; ALMEIDA, 2020).

Para auxiliar no controle dos EA é de suma importância o envolvimento dos líderes, supervisores e gestores a fim de promover a implantação da cultura de segurança do paciente em prol das melhorias dos processos. Eles têm a competência de atuar mais veementemente na conscientização profissional da prática de notificações, na compreensão dos fatores internos e externos que levam à ocorrência dos incidentes (SOARES et al, 2019).

Tipo de incidentes/eventos adversos notificados com maior frequência

Observada a distribuição por tipo de incidentes com maior frequência, as lesões por pressão ocuparam o primeiro lugar com 25% casos notificados (n= 56.433); em segundo, as falhas envolvendo cateter venoso com 23% de casos (n= 52.141); e, em terceiro, as falhas envolvendo sondas, conforme disposto em Gráfico 1.

Gráfico 1. Tipos de incidentes/eventos adversos notificados com maior frequência. Brasil, 2021. (n=225.526)



Fonte: Sistema de Notificações em Vigilância em Sanitária (NOTIVISA), 2021.

As lesões por pressão (LPP) são incidentes evitáveis, ou seja, que poderiam ser prevenidos através da adoção de medidas preventivas e estratégias institucionais. Sua ocorrência pode trazer problemas para o paciente, familiares e instituições, dificulta a recuperação do paciente, aumentam o risco de infecção, prolonga a hospitalização e reduz a independência e funcionalidade do indivíduo na realização das atividades diárias, bem com aumenta o sofrimento físico e emocional (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

Conforme já supracitado, o maior objetivo das notificações é planejar a implantação e implementação de medidas de prevenção de novos danos à saúde, as quais serão expostas a seguir, na sequência do primeiro ao terceiro EA de maior ocorrência, de acordo com as recomendações da ANVISA (2020a):

1º) Lesões por pressão:

- Realização de avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação;

- Realização de avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares);
- Uso de colchão especial ou de coxins, como colchão de espuma do tipo caixa de ovo ou colchão d'água;
- Uso de apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares;
- Manutenção da higiene corporal;
- Hidratação diária da pele do paciente com hidratantes e umectantes;
- Manutenção de nutrição adequada para favorecer a cicatrização dos tecidos;
- Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, como, por exemplo: película semipermeável, hidrocolóides, espuma de poliuretano, sacos retais e/ou substâncias oleosas;
- Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão;
- Mudança de posição para reduzir a pressão local, evitando manter a mesma posição durante períodos prolongados.

2º) Falhas envolvendo cateter venoso:

A referenciada nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 08/2020 restringiu ao cateter venoso central, as medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea (ANVISA, 2020a):

- Inserção do cateter: utilize um *checklist* de inserção de cateter central para assegurar as práticas de prevenção de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) no momento da inserção do cateter; estabeleça kits de inserção de cateter que contenham todos os insumos necessários para inserção do cateter central; higienize as mãos antes e após a inserção e manipulação do cateter; utilizar barreira máxima estéril no momento da inserção do cateter central (campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente; todos os profissionais envolvidos na inserção devem usar gorro, máscara N95/PFF2 ou equivalente, avental estéril de manga longa, luvas estéreis e óculos de proteção ou protetor facial (face shield); realizar a

preparo da pele do paciente com solução alcóolica de gluconato de clorexidina > 0,5% e aguardar a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder a punção; não realizar de rotina punção em veia femoral, pois a inserção neste sítio está associada a maior risco de desenvolvimento de infecção. O sítio de inserção preferencial é a veia subclávia.

- Manutenção do cateter: toda manipulação deve ser precedida de higiene das mãos; usar gaze e fita adesiva estéril ou cobertura transparente semipermeável estéril para cobrir o sítio de inserção; realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas ou a cada 7 dias, se utilizar cobertura estéril transparente; qualquer tipo de cobertura deve ser trocada imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida; realizar desinfecção das conexões, conectores valvulados e *ports* de adição de medicamentos com solução antisséptica à base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos; e avaliar, no mínimo uma vez ao dia, o sítio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto.
- Retirada do cateter: remover cateteres desnecessários; cateteres inseridos em situação de emergência ou sem a utilização de barreira máxima devem ser trocados para outro sítio assim que possível, não ultrapassando 48 horas; reavaliar diariamente a necessidade de manutenção do cateter, com pronta remoção daqueles desnecessários; não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais, ou seja, não substituí-los exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência.

3º) Falhas envolvendo sondas:

A ANVISA (2020a) restringiu à infecção do trato urinário associada a cateter vesical de demora (ITU-AC), as medidas de prevenção expostas na Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 08/2020:

1. Evitar inserção de sonda vesical de demora (SVD): inserir sonda vesical no paciente apenas nas indicações apropriadas.

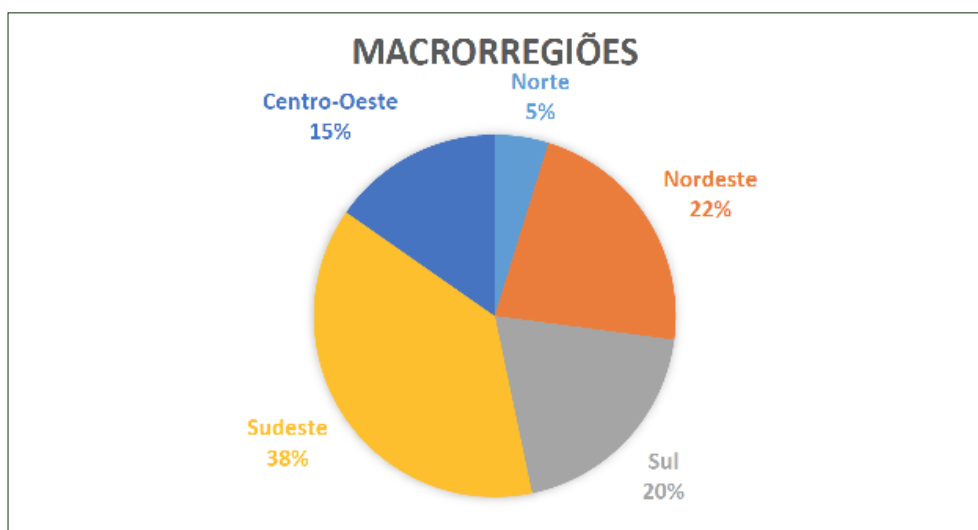
2. Remoção oportuna do cateter vesical: revisar, diariamente, a necessidade da manutenção do cateter; disponibilizar lembretes para a remoção do cateter no prontuário escrito ou eletrônico; implantar visita diária com médico e enfermeiro revisando a necessidade da manutenção do cateter.
3. Lembrar-se das alternativas à cateterização: cateter vesical intermitente e condom.
4. Sempre utilizar técnica asséptica para inserção do cateter urinário.
5. Manutenção do cateter urinário: realizar capacitação periódica da equipe de saúde na inserção, cuidados e manutenção do cateter urinário com relação à prevenção de ITU-AC; manter o sistema de drenagem fechado e estéril; trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento; manter o fluxo de urina desobstruído; esvaziar a bolsa coletora regularmente; manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; não realizar irrigação do cateter com antimicrobianos nem usar antissépticos tópicos ou antibióticos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral.
6. Assegurar equipe treinada e recursos que garantam a vigilância do uso do cateter e de suas complicações: estabelecer rotina de monitoramento e vigilância, considerando a frequência do uso de cateteres e os riscos potenciais; e monitorar cateter-dia e densidade de ITU-AC.

O pacote de medidas para prevenção de ITU- AC, inclui: higiene das mãos, capacitação da equipe, técnica asséptica na inserção, manutenção correta do cateter e vigilância; condom e cateter intermitente como alternativas possíveis; e direcionar o uso de cateter urinário de demora apenas para os casos com indicações claras (ANVISA, 2020a).

Porcentagem notificadas por macrorregiões do país

No que se refere as notificações por macrorregião do país que registraram maior percentual de incidentes/eventos adversos no ano de 2021, foi possível observar maiores índices na região Sudeste (38%), seguidos do Nordeste (22,3%), Sul (19,6%), Centro-oeste (15,3%) e Norte (4,8%) respectivamente (Gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentagem de incidentes/eventos adversos notificados por macrorregiões. Brasil, 2021.



Fonte: Sistema de Notificações em Vigilância em Sanitária (NOTIVISA), 2021.

Estudo publicado sobre a notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente, evidenciou que a sequência de regiões do país que realizaram mais pesquisas e publicações, seguiu a mesma sequência supracitada no parágrafo anterior quanto às macrorregiões que mais notificaram ocorrência de EA, com exceção da região Norte e Centro Oeste que não realizaram pesquisas (estando nas últimas colocações tanto no número de notificações como em relação ao número de pesquisas): em primeiro, a região Sudeste com 68,75%; em segundo, a região Nordeste com 18,75%; em terceiro, a região Sul com 6,25%; em quarto, apenas uma pesquisa realizada a nível nacional com 6,25%; e, em quinto, a região Centro-Oeste com 0%, nenhuma publicação (MORAES; AGUIAR, 2020).

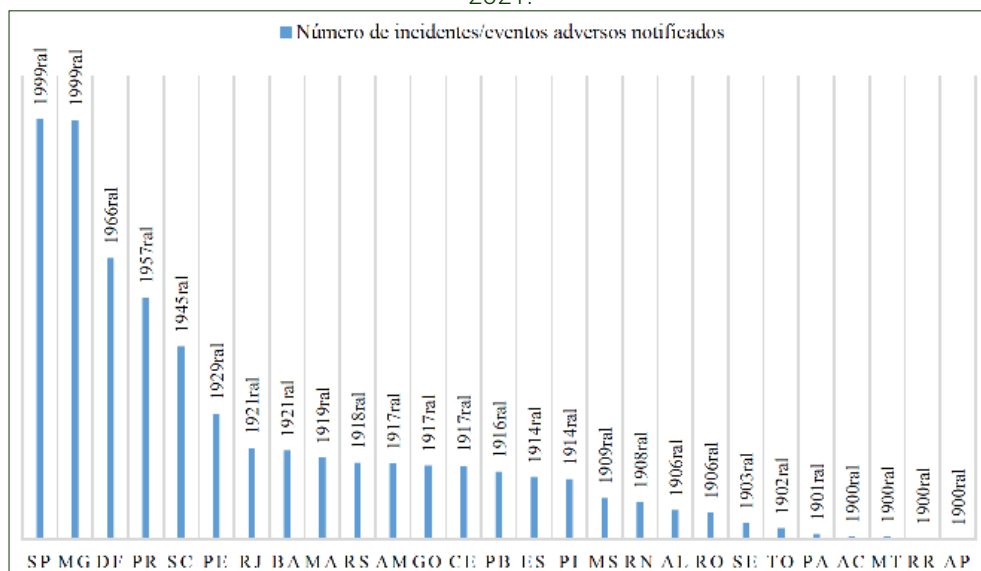
Estudo que analisou as notificações de EA realizadas por cidadãos, entre 2014-2018, também evidenciou a mesma sequência de regiões que mais notificaram neste referido período: região Sudeste (37,5%), seguida por Nordeste (24,2%), Sul (16,5%), Centro-Oeste (15,8%) e Norte (6,0%). Mais uma vez as regiões Sudeste, Nordeste e Sul ocupam as primeiras posições (respectivamente), enquanto as regiões Centro-Oeste e Norte ocupam as últimas, como as que menos notificaram (VILLAR et al, 2021).

Tal fato evidencia que quanto mais uma região pesquisa sobre a notificação de EA, mais essa região passa a notificar por entender a sua importância para o processo de segurança do paciente. Foi possível observar que a região Sudeste está mais avançada, em seguida a região Nordeste e depois a região Sul, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste ainda precisam de mais investimento em pesquisas e conscientização profissional quanto à cultura de segurança do paciente.

Número de notificações por unidade federativa (UF)

Destacam-se dentre os estados do país com maior número de notificações, São Paulo com 16,1% (36.329) e Minas Gerais com 16% (36.200), quase empatados. A Paraíba apareceu em 14º lugar em número de notificações no ano de 2021 com 5.864 (2,6%) registros, disposto no Gráfico 3.

Gráfico 3. Número de incidentes notificados por Unidade Federativa (UF). Brasil, 2021.



Fonte: Sistema de Notificações em Vigilância em Sanitária (NOTIVISA), 2021.

Pesquisa sobre o perfil das notificações de efeitos adversos realizadas por cidadãos no intervalo de 2014 a 2018, observou que a frequência de notificações foi mais proveniente dos estados de São Paulo (15,5%), Minas Gerais (15,4%) e Maranhão (10,9%), tendo menor frequência as notificações advindas da Paraíba e de Roraima (VILLAR et al, 2021).

Em estudo realizado a nível local na região Sudeste, que traçou o perfil das notificações de incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente ocorridos entre julho de 2019 a junho de 2020, foi visto que no estado de Minas Gerais houve mais notificações e São Paulo ocupou a segunda colocação (SILVA; ANTUNES, 2021).

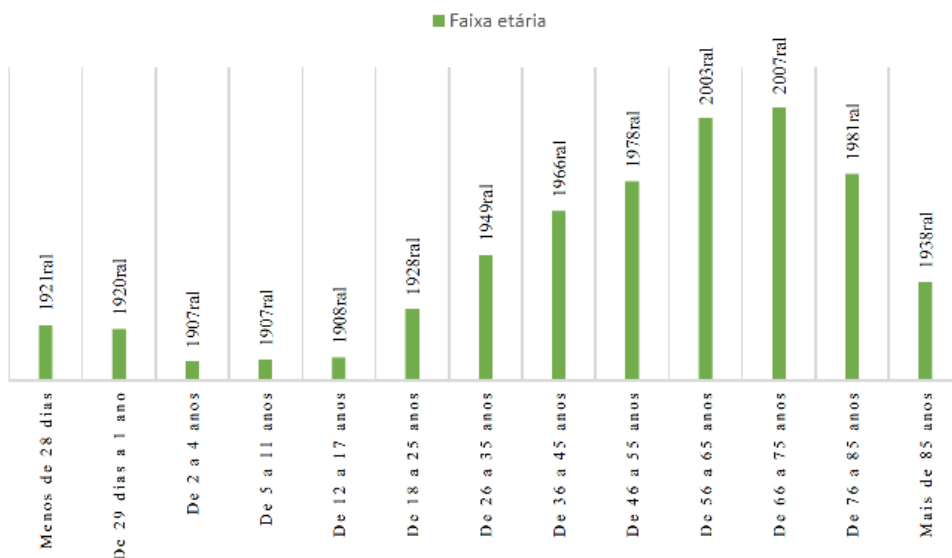
Tendo em vista que a região Sudeste é mais populosa, economicamente mais desenvolvida, com grande oferta de estabelecimentos de saúde, e, conseqüentemente, contando com maior volume de consultas e internações, frente às demais regiões do país, é compreensível que ela abranja um terço das notificações do país apenas com os dois estados que mais notificam. Em contrapartida, a região Norte notifica menos incidentes por possuir um cenário totalmente oposto no âmbito geográfico, demográfico, econômico e de oferta de serviços completamente oposto ao do Sudeste (VILLAR et al, 2021).

Vale ressaltar que todos os estados/DF do país possuem Núcleos Estaduais/Distrital de Segurança do Paciente de Vigilância Sanitária (NSP VISA) e Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecções, os quais estão alinhados com a Anvisa e realizam diversas ações sobre o tema, incluindo o monitoramento das notificações de eventos adversos e das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) notificadas pelos serviços de saúde dos seus respectivos estados, bem como fornecem orientações para a implementação dos Programas de Segurança do Paciente nos serviços de saúde e dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar (ANVISA, 2020b).

Distribuição dos incidentes ocorridos por faixa etária

Quanto a distribuição do número de incidentes/eventos adversos por faixa etária, percebe-se maior prevalência na população idosa, sobretudo com idade entre 66 a 75 anos, com 39.123 (17%) das notificações no ano de 2021, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4. Distribuição do número de incidentes/eventos adversos por faixa etária. Brasil, 2021.



Fonte: Sistema de Notificações em Vigilância em Sanitária (NOTIVISA), 2021.

A soma do número de casos de 0 a 65 anos chega a 142.706 casos, enquanto o somatório de 66 anos em diante chega a 82.820 casos. A quantidade de casos de eventos adversos em idosos chega a 58% do total das demais faixas etárias. Em outra análise, ao somar todos os casos expostos no Gráfico 4, tem-se um total de 225.526 casos de EA notificados, destes, mais de 36,72% ocorreram com idosos.

Estudo semelhante que analisou as notificações de EA, no período de 2014 a 2018 realizadas por cidadãos (e não por profissionais), evidenciou maior prevalência com a população idosa, sendo 20,1% das 935 notificações com idosos em idade superior a 66 anos. Evidência compreensível devido ao maior número de comorbidades, maior uso de múltiplos medicamentos e maior tempo de permanência hospitalar (VILLAR et al, 2021).

Em estudo realizado a nível local na região Sudeste, que traçou o perfil das notificações de incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente ocorridos entre julho de 2019 a junho de 2020, foi visto que o número de notificações de incidentes por faixa etária apresentou tendência crescente em todos os estados do Sudeste à

medida que idade aumenta. O número de notificações de incidentes por faixa etária apresentou tendência crescente em todos os estados do Sudeste à medida que idade aumenta (SILVA; ANTUNES, 2021).

A pandemia COVID-19 afluou o destaque aos idosos, que necessitam de atenção especializada principalmente devido ao potencial de risco dessa população, com direcionamento de ações e estratégias especificamente para esse grupo, a fim de minimizar efeitos desastrosos no sistema de saúde e sociedade (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

A população idosa é mais vulnerável à ocorrência de eventos adversos por possuir características e peculiaridades próprias, além da diversidade/pluralidade/complexidade do envelhecimento humano. Nesse cenário, os conceitos fundamentais da epidemiologia, virologia, imunologia, e tantos outros necessários e recorrentes, precisam se adaptar aos fundamentos da teoria e prática gerontológica, para promover o diferencial na adoção de medidas eficazes para proteção dos idosos, considerando as especificidades da área gerontológica (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

No tocante a tais especificidades, o idoso se insere em diversos contextos. No contexto familiar, há os que moram sozinhos ou com o cônjuge ou com outras pessoas, sejam elas familiares e/ou cuidadores. Eles podem assumir o papel de cuidador de crianças, adolescentes, adultos ou até de outros idosos dependentes, o que requer habilidades específicas e configura sobrecarga para este idoso. No contexto econômico, há os idosos que são trabalhadores, muitos representam até a única (ou principal) fonte de renda familiar e muitos até atuaram na linha de frente no combate à pandemia, também gerando sobrecarga (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

O âmbito social também há os idosos institucionalizados, que precisam conviver e/ou coabitar com outros idosos acometidos por comorbidades, profissionais e cuidadores mais jovens e mais expostos ao COVID-19. No âmbito tecnológico vale salientar que o uso de ferramentas tecnológicas facilita a aproximação social e a comunicação para difusão de conhecimentos sobre a pandemia, necessários para prevenção do SARS-CoV-2. Mas ao mesmo tempo que oferece esses benefícios, também é válido pontuar que a população idosa brasileira apresenta baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos

recursos tecnológicos, isto limita as possibilidades de comunicação principalmente durante o distanciamento e dificulta a orientação dos comportamentos individuais e coletivos (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

O cuidado e atenção com os idosos merece destaque no contexto pandêmico, mediante estratégias de apoio e alerta para sinais e sintomas. Aqueles que residem sozinhos precisam ter pessoas de referência para reportar suas necessidades, sentimentos ou relatos de saúde e doença. É preciso ressignificar os vínculos com os idosos, respeitando e considerando as especificidades deste público (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Incidentes notificados segundo grau do dano.

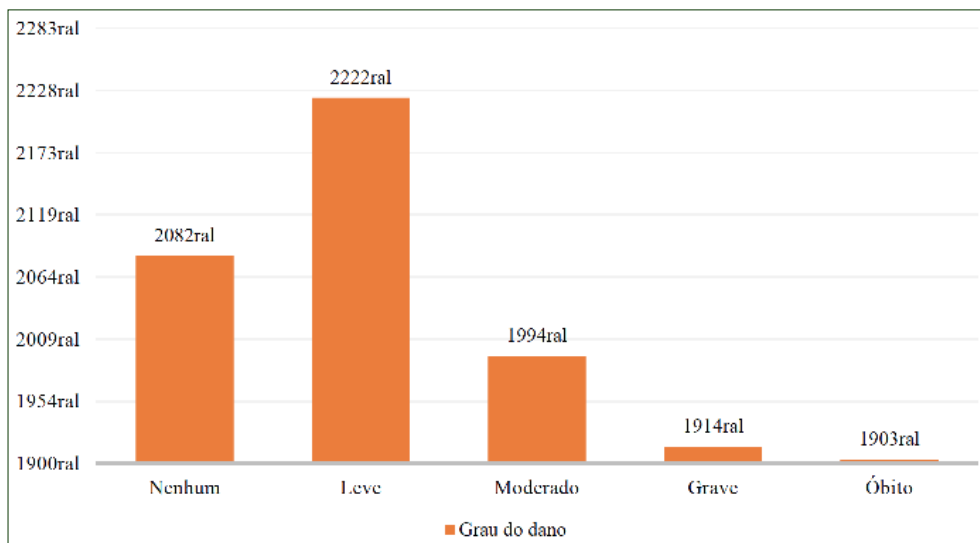
De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS), dano corresponde ao "comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico" (BRASIL, 2014, p.7).

Enquanto grau de dano significa o grau de comprometimento do estado de saúde do paciente ocasionado pelo incidente e pode ser classificado, como: (AGEVISA, 2022)

- Nenhum: não houve nenhuma consequência para o paciente;
- Leve: o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação);
- Moderado: o paciente necessitou de intervenção (exemplo: procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo;
- Grave: necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou casou grandes danos permanentes ou em longo prazo; perturbação/risco fetal ou anomalia congênita;
- Morte: causada pelo EA.

Em relação ao número de incidentes/eventos adversos segundo grau do dano, foi constatado que a maioria dos registros apontam para o grau leve com um total de 117.612 casos, que corresponde a 52% das notificações (Gráfico 5).

Gráfico 5. Número de incidentes/eventos adversos notificados segundo grau do dano. Brasil, 2021.



Fonte: Sistema de Notificações em Vigilância em Sanitária (NOTIVISA), 2021.

Na pesquisa já citada anteriormente, que analisou as notificações realizadas por cidadãos entre 2014 e 2018 a nível nacional, constatou que a maior parte (um terço) dos incidentes e eventos adversos ocorridos no Brasil foram considerados leves, com 32,9%; enquanto apenas 2,4% resultaram em óbitos (VILLAR et al, 2021).

Corroborando com este resultado a nível nacional, um estudo realizado num complexo hospitalar do noroeste paulista, também evidenciou que o grau de dano mais atingido é o leve, com 77,98% dos casos notificados, sendo apenas 16,51% de danos moderados e apenas 2,29% de danos graves (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

Outro estudo realizado a nível local na região Sudeste, traçou o perfil das notificações de incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente ocorridos entre julho de 2019 a junho de 2020.

Nele também foi evidenciado que a maior parte dos incidentes foram caracterizados como grau do dano leve, com 79,5%; enquanto os incidentes moderados, 16,7%; os graves, 2,8%; e, os que ocasionaram óbitos representaram 0,8% (SILVA; ANTUNES, 2021).

É essencial que as experiências propiciadas por este turbulento momento de crise fortaleçam e preparem a sociedade para outras situações de tensão (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Compreender a importância da notificação dos eventos adversos como ferramenta para monitorização dos incidentes, fornece elementos importantes para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde (MORAES; AGUIAR, 2020).

As organizações de saúde precisaram ser capazes de lidar com o impacto da situação e se adaptarem. No entanto, sabe-se que a implementação de mudanças pontuais não parece ser suficiente, toda a concepção da provisão do cuidado precisa ser reorganizada e pensada de modo sistêmico (CALDAS et al, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados, observou-se que no ano de 2021 os eventos adversos de maior incidência foram as lesões por pressão provenientes da região sudeste, sobretudo na população idosa com faixa etária entre 66 e 75 anos de idade e, a maioria classificada como grau de dano leve.

Os efeitos adversos mais notificados foram as lesões por pressão, as falhas envolvendo cateter venoso e sondas. As regiões que mais notificaram foram Sudeste, Nordeste e Sul, respectivamente. Enquanto que dentre o número dos incidentes notificados por estados brasileiros, se destacam São Paulo e Minas Gerais quase empatados nas primeiras colocações, com grande distância para o Distrito Federal em terceiro e, a Paraíba se encontra em 14º lugar.

O presente estudo constatou que a prática da notificação assim como o incentivo à cultura de segurança, constitui um forte aliado às boas práticas assistenciais sobretudo no contexto pandêmico, onde notavelmente os pacientes mais idosos e que apresentavam múltiplas comorbidades, estavam mais susceptíveis à ocorrência de algum incidente ou evento adverso.

A população idosa, sobretudo com idade entre 66 a 75 anos, representou 36,72% de todos os casos notificados, evidenciando que este grupo populacional merece destaque em futuros estudos de segurança do paciente, no âmbito de todas as especificidades abrangidas pela assistência gerontológica.

Cabe aos gestores das instituições públicas e privadas contribuir mais ativamente na propagação da cultura de segurança do paciente, que ainda precisa ser mais discutida, estudada e difundida nos cenários acadêmico e profissional. É preciso que os líderes institucionais desmistifiquem a ideia de punição que é tão atrelada às notificações e que causa nos profissionais, o medo de notificar, gerando a subnotificação.

Os gestores devem assumir o papel de conscientizar os profissionais da importância das notificações para viabilizar a construção de políticas públicas voltadas à redução de danos e maior segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AGEVISA. Agência Estadual de Vigilância Sanitária. Governo da Paraíba. **Cartilha de segurança do paciente** - Passo a passo para a implantação do Núcleo de segurança do paciente. Disponível em: < https://agevisa.pb.gov.br/documentos-pdf/seguranca-do-paciente/cartilha_agevisa-2.pdf >. Acesso em: 14 jun. 2022.

ANJOS, E.S. *et al.* **Segurança do paciente:** ocorrência de eventos adversos relacionados a assistência à saúde entre pacientes internados em um hospital referência em infectologia. Revista Feridas, v.09, n.47, p. 1725-1731, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.36489/feridas.2021v9i47p1725-1731> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

ANVISA (a). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de COVID-19.** Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 08/2020 [Internet]. Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/>

nota-tecnica-no-08-de-2020-gvims-ggtes-anvisa-hospitais-de-campa-
nha.pdf/view >. Acesso em: 10 jun. 2022.

ANVISA (b). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Necessidade de reforço nas ações de prevenção de eventos adversos e infecções relacionadas à assistência à saúde durante a pandemia de covid-19**. Comunicado GVIMS/GGTES/DIRE1/ANVISA Nº 01/2020 [Internet]. Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/comunicados-de-risco-1/comunicado-de-risco-no-01-2017-gvims-ggtes-anvisa/view> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf> Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf >. Acesso em: 14 jun. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. **Diário Oficial da União 2013**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html >. Acesso em: 10 jun. 2022.

CALDAS, B. N.; COSTA, E. A. M.; REIS, L. G. C.; SOUZA, M. K. B.; SOUTO, A. C. Segurança do paciente e a pandemia causada pelo SARS-CoV-2. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de**

COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba, v. 2, p.1-29, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.9771/9786556300757.018> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

FURINI A.C.A., NUNES A.A., DALLORA M.E.L.V. **Notificação de eventos adversos:** caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. V.40, e20180317, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

JESUS, A.M.; MORAIS, C.R.; ALMEIDA, H.O.C. **Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde:** um desafio para segurança do paciente. Enfermagem Cadernos de Graduação. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. v.6, n.2, p.11-22. Aracaju: setembro, 2020. ISSN eletrônico 2316-3151. Disponível em: < <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7228> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SANTANA, R.F. **Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19.** Cogitare enferm. v. 25, e.72849, p.1-10. 2020. Disponível em: [http:// < dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849 >](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849). Acesso em: 14 jun. 2022

MORAES, C.C.M.; AGUIAR, R.S. **A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente.** Revista Nursing. v.23, n.271, p.5025-5032. Brasília: 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5025-5040> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

MOURÃO, K.Q.; OLIVEIRA, A.M.M. **Notificação de eventos:** avanços e desafios no contexto da segurança do paciente. Revista Eletrônica Acervo Saúde. v.24, e.492, p.1-6. ISSN 2178-2091. Brasília: 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.25248/reas.e492.2019> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

SILVA, T.R.; ANTUNES, D.E. **Incidentes e eventos adversos em segurança do paciente:** uma série temporal de 2019 a 2020. R. Saúde Públ. v.4, n.3, p.2-15. Paraná: 2021. Disponível em: < <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/557/223> >. Acesso em: 14 jun. 2022.

SOARES, E.A.; CARVALHO, T.L.C.; SANTOS, J.L.P.; SILVA, S.M.; MATOS, J.C. **Cultura de Segurança do Paciente e a Prática de Notificação de Eventos Adversos.** Revista Eletrônica Acervo Saúde. v.36, e.1657, p.1-10. ISSN 2178-2091. Brasília: 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.25248/reas.e1657.2019> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

ORTEGA D. B. *et al.* **Analysis of adverse events in patients admitted to an intensive care unit.** Acta Paul Enferm, v.30, n.2, p.168-73, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0168.pdf> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

VILLAR, V.C.F.L.; MARTINS, M.; RABELLO, E.T. **Incidentes e eventos adversos de segurança do paciente notificados pelos cidadãos no Brasil:** estudo descritivo, 2014-2018. Epidemiol. Serv. Saude. v.30, n.4, e.2021005. Brasília: 2021. Disponível em: < <https://doi:10.1590/S1679-49742021000400007> >. Acesso em: 10 jun. 2022.

CONDIÇÕES ECONÔMICAS E SAÚDE FÍSICA DOS EUROPEUS COM 50 E MAIS ANOS¹

FILIPA CORREIA

Mestre em Sociologia pela Universidade do Minho, Portugal, anafilipacorreia@gmail.com;

ALICE DELERUE MATOS

Professor orientador: Professora Doutora, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Portugal, adelerue@ics.uminho.pt.

¹ Artigo resultante de dissertação de mestrado em Sociologia pela Universidade do Minho, Braga, Portugal.

RESUMO

A relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde tem sido amplamente estudada. Contudo, os resultados das investigações científicas divergem em função dos indicadores utilizados para mensurar as condições em que as pessoas vivem, que variam de uma abordagem economicista, baseada nos rendimentos, até indicadores que consideram a riqueza acumulada, passando por medidas de auto-perceção da situação económica e indicadores que refletem a dificuldade em aceder a bens ou serviços. Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física da população europeia com 50 e mais anos, recorrendo a vários indicadores, com vista a uma análise integradora das perspetivas existentes sobre desigualdades em saúde, tendo por base a Teoria das Causas Fundamentais da Doença. Neste sentido, realizaram-se análises de regressão linear múltipla a uma amostra representativa da população daquele grupo etário, de 17 países europeus que integram o projeto SHARE-Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Os resultados revelam que quanto piores as condições económicas e de privação material, pior a saúde física, quando controladas as características sociodemográficas e culturais, a saúde mental e os comportamentos de risco em saúde. Este resultado é válido para cada um dos indicadores considerados (rendimento, stress financeiro, riqueza, "ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado" e "prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos"), à exceção do indicador "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos".

Palavras-chave: Condições económicas, privação material, saúde física, envelhecimento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico levanta diversos desafios à sociedade, nomeadamente relacionados com o bem-estar e a saúde dos idosos. A qualidade dos anos "extra", proporcionados pelo aumento progressivo da esperança média de vida, tem gerado preocupações relacionadas com as desigualdades em saúde nas faixas etárias mais avançadas. Sendo a saúde um direito humano fundamental (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948), e considerando que a idade contribui para o declínio da saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2017), importa analisar a justiça social subjacente ao padrão de saúde das pessoas mais velhas.

A saúde de cada indivíduo é fruto de um conjunto de fatores, nomeadamente, demográficos, sociais, relacionados com os estilos de vida, comportamentais, psicológicos, ambientais e biológicos (VERBRUGGE; JETTE, 1994). No entanto, a maioria desses fatores são socialmente determinados (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006), relacionando-se com as condições em que as pessoas vivem e envelhecem e, sobretudo, com as desigualdades que dão origem a essas condições (MARMOT; ALLEN; BELL; BLOOMER; GOLDBLATT, 2012, p. 1012), nomeadamente a pobreza e a privação material. A distribuição desigual dos recursos que influenciam a saúde é evitável (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE [CDSS], 2010).

Vários estudos têm procurado analisar a relação entre a pobreza e a saúde, para uma melhor compreensão das desigualdades em saúde. A forma como abordam as condições económicas e materiais varia de uma perspetiva economicista, baseada nos rendimentos, até fórmulas que consideram a riqueza acumulada, passando por medidas de auto-perceção e indicadores específicos que refletem a dificuldade em aceder a certos bens ou serviços, divergindo os resultados em função dos indicadores utilizados.

Os estudos que recorrem ao rendimento como indicador de bem-estar económico apresentam conclusões díspares sobre a relação entre rendimento e saúde. Alguns apontam para a existência de uma correlação positiva (AVENDANO; ARO; MACKENBACH, 2005; BLÁZQUEZ; COTTINI; HERRARTE, 2014) enquanto outros afirmam que a associação entre rendimento e saúde é débil (ACCIAI, 2018; ADENA; MYCK, 2013) ou mesmo inexistente (ADENA; MYCK, 2014).

Não obstante o facto de o rendimento ser um indicador dos recursos económicos importante e largamente utilizado, a análise comparativa dos rendimentos implica, como alertam Paccagnella & Weber (2019), alguma cautela. Os autores advertem para o facto de “medidas grosseiras” de avaliação do rendimento mascararem importantes diferenças relativamente ao poder de compra, dimensão do agregado familiar, pagamento de impostos ou serviços derivados da habitação ocupada pelo proprietário – aspetos que deverão ser considerados para uma análise comparativa fidedigna.

Por outro lado, medidas como a riqueza (ACCIAI, 2018; ADENA; MYCK, 2013; ADENA; MYCK, 2014; DEMAKAKOS; BIDDULPH; BOBAK; MARMOT, 2016), a auto-perceção de pobreza (ADENA; MYCK, 2014) e índices de privação material (BERTONI; CAVAPOZZI; CELIDONI; TREVISAN, 2015; FRANZESE, 2015; MYCK; NAJSZTUB; OCZKOWSKA, 2019) têm demonstrado uma correlação forte com as diversas medidas de avaliação do estado e perceção de saúde individual, seja física ou mental, pelo que estes indicadores aparentam ser mais fidedignos das condições financeiras reais das pessoas idosas.

A avaliação do estado de saúde tem também oscilado entre medidas subjetivas de auto-perceção e medidas objetivas, relacionadas com o desempenho físico do indivíduo.

Este estudo adota uma abordagem abrangente e integradora das diversas propostas conceptuais existentes sobre as desigualdades em saúde, com base na Teoria das Causas Fundamentais da Doença, proposta por Link e Phelan (1995), segundo a qual os indivíduos que acedem mais facilmente a certos recursos, nomeadamente, dinheiro, conhecimento, poder, prestígio e redes sociais e de suporte, estão melhor posicionados para evitar fatores de risco associados às doenças, as próprias doenças, e ainda minimizar as consequências da doença quando esta ocorre. Assim, a presente investigação tem como objetivo analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física da população europeia com 50 e mais anos, recorrendo a vários indicadores das condições materiais de existência. Adota ainda uma perspetiva de género, considerando as diferenças de saúde física entre homens e mulheres.

Num primeiro momento, procedeu-se à caracterização da população europeia com 50 ou mais anos em termos de saúde física para, de

seguida, analisar o “impacto” das condições económicas e de privação material na saúde física dos europeus, uma vez controlado o efeito das suas características sociodemográficas e de saúde mental e dos comportamentos de risco em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo baseia-se em dados do projeto SHARE – Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, que procede à recolha e análise de dados sobre as condições de vida (saúde, estatuto socioeconómico e redes familiares e sociais) da população europeia com 50 ou mais anos, numa perspetiva multidisciplinar, comparativa e longitudinal. No âmbito deste projeto foram realizadas, desde 2004, aproximadamente 530.000 entrevistas a 140.000 pessoas de 28 países europeus e Israel. As entrevistas (com recurso a CAPI) são realizadas por entrevistadores credenciados, no domicílio dos respondentes. Para além da resposta às perguntas do questionário, os entrevistadores recolhem informação objetiva sobre a saúde física dos entrevistados como, por exemplo, a medida da força de preensão e da função pulmonar dos indivíduos (SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE-EUROPEAN RESEARCH INFRASTRUCTURE CONSORTIUM, 2020).

Amostra

O presente estudo recorre a uma amostra representativa da população de 50 ou mais anos dos 17 países europeus que participaram na 6ª vaga do projeto SHARE: Suécia, Dinamarca, Espanha, Itália, Grécia, Portugal, República Checa, Polónia, Eslovénia, Estónia, Croácia, Áustria, Alemanha, França, Suíça, Bélgica e Luxemburgo. A dimensão desta amostra é de 67.173 indivíduos.

Variáveis

A análise da relação entre as condições económicas ou de privação material (variáveis de interesse) e a saúde física (variável dependente), uma vez controladas as características demográficas,

socioeconómicas e de saúde que a literatura científica associa à saúde física (variáveis de controlo), incidiu sobre as seguintes variáveis e indicadores:

Variável dependente

Tendo em conta o carácter multidimensional da saúde física, recorreu-se a um constructo que combina uma medida de saúde objetiva e seis medidas auto-reportadas. Este indicador foi construído pela equipa SHARE-Portugal, que recorreu a uma análise fatorial confirmatória para criar uma variável latente contínua, com base nos procedimentos de Ploubidis e Grundy (2011). De acordo com estes autores, o recurso a um constructo é mais fiável e menos sujeito a erros de medição do que a utilização de indicadores de saúde individuais, utilizados separadamente. Desta forma, o indicador de saúde física deste estudo engloba uma medida da força máxima de prensão de uma ou ambas as mãos, ou seja, uma medida objetiva da funcionalidade física e forte preditor de mortalidade (RANTANEN; GURALNIK; FOLEY; MASAKI; LEVEILLE; CURB; WHITE, 1999) e as seguintes medidas de saúde auto-reportadas: auto-perceção de saúde; doenças crónicas; limitação nas atividades devido a problemas de saúde; problemas de saúde tais como ataque cardíaco, enfarte ou doença pulmonar crónica (DELERUE MATOS; BARBOSA; CUNHA; VOSS; CORREIA, 2021). Os valores da análise fatorial situam-se no intervalo de -1.91 a 1.42, representando os valores mais elevados melhor saúde física.

Variáveis de interesse

Para avaliar as condições económicas ou de privação material dos inquiridos, este estudo recorre a vários indicadores, disponíveis ou construídos com base nos dados do SHARE, nomeadamente, a auto-perceção de pobreza, traduzida pelo stress financeiro, o rendimento, a riqueza do agregado familiar e um conjunto de indicadores específicos de privação material a seguir explicitados (PACCAGNELLA; WEBER, 2019).

O grau de stress financeiro é uma medida subjetiva, baseada na auto-perceção de pobreza do inquirido (BROWNING; MADSEN, 2019), que é confrontado com a questão "Pensando no rendimento mensal

total do senhor(a) e das pessoas que vivem consigo, diria que o dinheiro chega até ao fim do mês ...". As opções de resposta são: "com grande dificuldade", "com alguma dificuldade", "com facilidade" ou "com muita facilidade". Esta variável foi posteriormente recategorizada, agrupando-se os respondentes em duas categorias: com stress financeiro ("com grande dificuldade" e "com alguma dificuldade") e sem stress financeiro ("com facilidade" ou "com muita facilidade").

A variável rendimento per capita é calculada dividindo a soma dos rendimentos mensais individuais e familiares, nomeadamente salários, pensões, subsídios, ou outros, pelo número de pessoas do agregado familiar. Para ser possível estabelecer comparações entre países, os valores foram transformados de acordo com os respetivos índices de paridade de poder de compra (LYBERAKI; TINIOS, 2019) e agrupados em tercis: rendimento baixo; rendimento médio e rendimento alto.

A riqueza é medida através do património líquido do agregado familiar, que é calculado somando os ativos financeiros líquidos e os ativos reais (excluindo as dívidas). Os ativos financeiros refletem a soma dos valores de contas, títulos, ações, fundos mútuos e poupanças, líquidos de passivos financeiros; os ativos reais correspondem aos valores da residência principal livre de hipotecas, outros imóveis, empresas próprias e carros próprios (SEMYONOV; LEWIN-EPSTEIN; MASKILEYSON, 2013).

A privação material reflete a capacidade do agregado familiar adquirir ou aceder a certos bens ou serviços (BERTONI ET AL., 2015). Neste estudo consideraram-se as três variáveis do índice de privação material do SHARE disponíveis na base de dados da vaga 6:

- "ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado", obtida a partir da resposta à seguinte questão: "O(A) senhor(a) e as pessoas que vivem consigo têm
- possibilidade de pagar uma despesa inesperada sem pedir dinheiro emprestado?".
- "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos", acedida através da seguinte questão: "Nos últimos doze meses, para ajudar a controlar os gastos, sujeitou-se ao frio para poupar nas despesas de aquecimento?".
- "adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos", aferida por intermédio da questão: "Nos últimos doze meses, para ajudar a controlar os gastos, adiou visitas ao dentista?".

Variáveis de controlo

Com base na literatura, reconhece-se que a saúde física é afetada pela eventual existência de comportamentos de risco (GARCÍA-MUÑOZ ET AL., 2018; MARMOT ET AL., 2012; WHO, 2009), assim como pela saúde mental (DEWEY; PRINCE, 2005) e por algumas características sociodemográficas (WHO, 2015; VERBRUGGE; JETTE, 1994) e culturais (EIKEMO; BAMBRA; JOYCE; DAHL, 2008). Assim, neste estudo controla-se o efeito dos indicadores: idade à data da entrevista; género; e nível de escolaridade, estabelecido de acordo com a norma internacional para a classificação dos graus de ensino, ISCED-97 (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION [UNESCO], 2006), reagrupado em três categorias: escolaridade primária ou inferior, que engloba os níveis 0, 1 e 2; ensino secundário, que corresponde ao nível 3, e ensino pós-secundário, que abrange os níveis 4, 5 e 6 do ISCED.

Tendo em conta os diversos contextos culturais existentes na Europa, bem como a variação no nível de saúde dos indivíduos pertencentes a diferentes regiões europeias, controlou-se ainda o regime de bem-estar a que pertence o país de residência do indivíduo (VOZIKAKI; LINARDAKIS; MICHELI; PHILALITHIS, 2017; EIKEMO; HUISMAN; BAMBRA; KUNST, 2008; JEREZ-ROIG; BOSQUE-PROUS; GINÉ-GARRIGA; BAGUR-CALAFAT; BEZERRA DE SOUZA; TEIXIDÓ-COMPAÑÓ; ESPELT, 2018): Norte (Dinamarca e Suécia), Centro (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Luxemburgo, Suíça), Sul (Espanha, Grécia, Itália e Portugal) e Leste (Croácia, Eslovénia, Estónia, Polónia e República Checa), sendo este último utilizado como categoria de referência na análise de regressão.

Este estudo considerou como comportamentos de risco para a saúde física o "consumo excessivo de álcool", a "inatividade física" e o "historial de fumador". O consumo excessivo de álcool é avaliado através da questão "Nos últimos 7 dias, quantas unidades de álcool bebeu no total?", enquanto se mostra ao inquirido um cartão com as unidades padrão de bebidas alcoólicas. A medida de consumo excessivo de álcool difere entre homens e mulheres. Com base na categorização de Cerdá, Johnson-Lawrence e Galea (2011), classifica-se com consumo excessivo de álcool os inquiridos que consumiram mais de 21

unidades de álcool nos últimos 7 dias, no caso dos homens, e mais de 14 unidades de álcool, no caso das mulheres.

O historial de fumador é aferido através da seguinte pergunta: "Alguma vez fumou cigarros, charutos, cigarrilhas ou cachimbo diariamente por um período de pelo menos um ano?"

Para apurar a inatividade física, os inquiridos foram questionados sobre a frequência com que desempenham atividades físicas vigorosas e atividades físicas que envolvam um nível moderado de energia, tendo quatro opções de resposta para ambas: mais do que uma vez por semana, uma vez por semana, uma a três vezes por mês e quase nunca/nunca. Recorrendo à categorização utilizada na base de dados do SHARE, classificam-se como fisicamente inativos os inquiridos que declaram praticar atividade física "quase nunca/nunca".

A saúde mental é avaliada em função da sintomatologia depressiva, mensurada através da escala EURO-D (PRINCE; REISCHIES; BEEKMAN; FUHRER; JONKER; KIVELÄ; LAWLOR; LOBO; MAGNUSSON; FICHTER; VAN OYEN; ROELANDS; SKOOG; TURRINA; COPELAND, 1999), que questiona o inquirido sobre a presença dos seguintes sentimentos: depressão, pessimismo, vontade de morrer, sentimento de culpa, irritabilidade, choro, cansaço, dificuldades em dormir, perda de interesse, perda de apetite, redução da concentração e perda de prazer ao longo do último mês. A escala varia de 0 a 12. De acordo com Dewey e Prince (2005), um valor superior a 3, que corresponde a 4 ou mais sintomas depressivos, define a presença de sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Ao invés, a existência de três sintomas ou menos traduz ausência de sintomatologia depressiva.

Tratamento e análise de dados

Numa primeira etapa, procedeu-se à análise comparativa dos indivíduos com melhor e pior saúde física. Os indivíduos foram agrupados tendo em conta o nível médio de saúde física de cada país. Para isso, procedeu-se à recategorização da variável "saúde física" em "pior saúde física", ou seja, abaixo da média do respetivo país (=0) e "melhor saúde física", ou seja, acima da média do respetivo país (=1). De seguida, foram realizados testes estatísticos para comparar os dois grupos: teste t (t) para as variáveis contínuas e testes de qui-quadrado (χ^2)

para as variáveis nominais e ordinais. Para complementar esta análise, foram calculadas as medidas de magnitude do efeito (Hedges'g/ Φ) e os respectivos Intervalos de Confiança. Uma vez que a base de dados do SHARE não possui um desenho amostral uniforme, de modo a reduzir o impacto de um possível viés das amostras, os resultados das análises descritivas foram ponderados (MUNICH CENTER FOR THE ECONOMICS OF AGING, 2019).

Numa segunda fase, analisou-se a relação entre os diversos indicadores das condições económicas ou de privação material e a saúde física, considerando todas as variáveis de controlo mencionadas. Desenvolveu-se um modelo de regressão linear múltipla após a realização de testes de colinearidade, para verificação da existência de correlação entre as variáveis de interesse e de controlo. As variáveis que se revelaram estatisticamente não significativas ($p > 0,05$) foram excluídas do modelo: "consumo excessivo de álcool" ($p=0,521$) e "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos" ($p=0,624$).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com base no software de análise estatística avançada SPSS, versão 26.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados

Na tabela 1 apresentam-se as características dos indivíduos com melhor e pior saúde física (acima ou abaixo da média do respetivo país). Há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de indivíduos relativamente a todas as características consideradas na análise, à exceção da que se reporta ao "historial de fumador" ($p=0.257$).

O grupo com pior saúde física compreende pessoas mais velhas (média de 69,37 anos, comparativamente a 63,27 anos do grupo com melhor saúde física), tem maior percentagem de mulheres (58,16% por comparação com 50,56%), maior percentagem de indivíduos com a escolaridade mais baixa, ou seja, com o ensino primário ou inferior (48,17% comparado com 36,16%), maior percentagem de indivíduos com inatividade física (24,70% por contraste com 5,62%) e maior percentagem de indivíduos com sintomatologia depressiva (45,14% em

comparação com 16,90%), comparativamente ao grupo que possui melhor saúde física.

No que diz respeito aos indicadores das condições económicas e de privação material, o grupo com pior saúde física revela ter mais stress financeiro (46,30% comparado com 32,83%), mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado (41,55% em contraste com 25,53%), adiar mais vezes as idas ao dentista para ajudar a controlar os gastos (8,85% comparativamente a 6,18%) e possuir maior percentagem de indivíduos com rendimento baixo (37,85% em comparação com 29,60%) do que o grupo com melhor saúde física. Mas, no que respeita ao património líquido do agregado familiar, os dois grupos não se diferenciam.

Considerando o tamanho dos efeitos, que mede a magnitude das diferenças encontradas, os dois grupos distinguem-se apenas em termos de idade, inatividade física e sintomatologia depressiva.

Tabela 1 – Características dos indivíduos agrupados em função da saúde física

	Pior saúde física (abaixo da média do país)	Melhor saúde física (acima da média do país)			
	(N = 32020)	(N = 35152)	t / χ^2	p-value	Cohen's d/phi
Características demográficas e fatores de risco					
Idade, média (DP)	69,37 (11,35)	63,27 (9,51)	70,808	0,000	0,58
Género					
Feminino (%)	58,16	50,56	210,643	0,000	0,06
Masculino (%)	41,81	49,41			
Escolaridade					
Primário ou menos (%)	48,17	36,16	1463,897	0,000	0,15
Secundário (%)	34,63	36,40			
Pós-secundário (%)	17,17	27,41			
Inatividade física					
Não (%)	75,28	94,37	4639,340	0,000	0,26
Sim (%)	24,70	5,62			
Historial de fumador					
Não (%)	53,87	53,78	1,286	0,257	0,00
Sim (%)	46,11	46,20			
Depressão/Sintomatologia depressiva (Euro-D)					
Não (3 ou menos sintomas) (%)	54,84	83,08	5737,617	0,000	0,29
Sim (4 ou mais sintomas) (%)	45,14	16,90			

	Pior saúde física (abaixo da média do país)	Melhor saúde física (acima da média do país)			
	(N = 32020)	(N = 35152)	t / χ^2	p-value	Cohen's d/phi
Condições económicas e de privação material					
Stress financeiro					
Não (%)	53,68	67,15	1229,669	0,000	0,14
Sim (%)	46,30	32,83			
Rendimento per capita					
Rendimento baixo (%)	37,85	29,60	811,249	0,000	0,11
Rendimento médio (%)	33,49	30,96			
Rendimento alto (%)	28,62	39,41			
Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado					
Não (%)	41,55	25,53	884,842	0,000	0,11
Sim (%)	58,43	74,44			
Prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos					
Não (%)	91,14	93,81	230,909	0,000	0,06
Sim (%)	8,85	6,18			
Log (Património líquido do agregado familiar), média (DP)	10,49 (0,01)	10,49 (0,01)	-30,772	0,000	0,00

Fonte: SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

Notas: Testes para comparação de grupos: (teste t (t) para amostras independentes e teste qui-quadrado(χ^2)).

Na tabela 2 apresentam-se os resultados da análise de regressão. No que diz respeito às condições económicas e de privação material, conclui-se que o rendimento per capita, o facto de "ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado" assim como o património líquido do agregado familiar, que reflete a riqueza acumulada, se relacionam positivamente com a saúde física. Ao invés, o stress financeiro e "adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos", que subentendem situações de privação, estão associados negativamente à saúde física. Apenas a situação de "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos" não está associada à saúde física dos europeus de meia idade e de idade avançada, quando controlado o regime de bem-estar e as características dos indivíduos associadas à saúde física.

O modelo de análise permite ainda concluir que o género masculino e a escolaridade estão associadas positivamente à saúde física

enquanto a idade, a inatividade física, a sintomatologia depressiva e o historial de fumador estão associados negativamente. Finalmente, não se encontrou qualquer associação entre o "consumo excessivo de álcool nos últimos 7 dias" e a saúde física.

Quando se toma por referência o regime de bem-estar de Leste (onde se registam os piores valores de saúde física), conclui-se que os residentes no Centro da Europa têm, em média, mais 0,140 valores de saúde física do que os do regime Leste. Seguem-se os indivíduos do Norte da Europa, com mais 0,228 valores de saúde física do que os do regime Leste e, por último, com os valores mais elevados de saúde física encontram-se nos países do Sul da Europa, que regista mais 0,341 valores comparativamente ao regime Leste.

Tabela 2 – Determinantes da saúde física (resultados da regressão linear múltipla)

	Modelo (N=43193)		
	OR	IC (95%)	p
Género (0 = feminino)	0,043	0,031-0,055	0,000
Idade	-0,015	(-0,016)-(-0,015)	0,000
Escolaridade (0 = primário ou menos)	0,057	0,049-0,064	0,000
Rendimento per capita (1 = rendimento baixo)	0,026	0,019-0,033	0,000
Stress financeiro (0 = não)	-0,120	(-0,135)-(-0,105)	0,000
Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado (0 = não)	0,037	0,023-0,051	0,000
Prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos (0 = não)	-0,106	(-0,127)-(-0,085)	0,000
Depressão (0 = não = 3 ou menos sintomas depressivos)	-0,415	(-0,428)-(-0,402)	0,000
Inatividade física (0 = não)	-0,485	(-0,503)-(-0,466)	0,000
Historial de fumador (0 = não)	-0,052	(-0,064)-(-0,040)	0,000
Património líquido do agregado familiar	3,465	2,968-3,963	0,000
Regime de bem-estar: Northern	0,228	0,207-0,248	0,000
Regime de bem-estar: Central	0,140	0,125-0,155	0,000
Regime de bem-estar: Southern	0,341	0,325-0,357	0,000

Fonte: SHARE, vaga 6, dados não ponderados, N=67.172

Notas: OR=Odds ratios; IC=Intervalo de confiança a 95%, p=significância.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para uma associação entre as condições económicas e a saúde no seguinte sentido: quanto piores as condições

económicas e de privação material dos inquiridos, pior a sua saúde física. Este resultado é válido para cada um dos indicadores utilizados, controlando as características sociodemográficas e culturais, os comportamentos de risco em saúde e a saúde mental e, simultaneamente, os restantes indicadores das condições económicas e de privação material utilizados na investigação.

A relação entre o rendimento e a saúde tem sido largamente explorada nas pesquisas científicas, no entanto, os resultados não são consensuais. Num retrato estatístico da União Europeia, o Eurostat (2010) afirma que a perceção de doenças crónicas ou problemas de saúde que dificultam gravemente as atividades é maior entre os indivíduos que possuem baixos rendimentos. Por outro lado, numa investigação longitudinal que engloba indivíduos com mais de 50 anos de 12 países integrados na base de dados do SHARE, Adena e Myck (2013) concluíram que a pobreza mensurada através do rendimento não está relacionada com alterações na saúde física. Num estudo posterior, os mesmos autores mostram que a probabilidade de transitar para um estado de saúde mais débil ou de recuperar desse estado de saúde não se encontra associada ao rendimento, sendo este mais relevante no caso dos participantes mais jovens do grupo dos 50+ (entre os 50 e os 64 anos) (ADENA; MYCK, 2014).

Outros estudos, no entanto, alinham-se com os resultados da presente investigação, mostrando uma associação positiva entre o rendimento e a saúde. O estudo de Avendano et al. (2005), que recorre à base de dados do SHARE e considera dez países europeus, mostrou uma relação positiva entre o rendimento e a auto-perceção de saúde, problemas de saúde de longa duração e limitações nas atividades devido a problemas de saúde. Jorges (2015) também encontrou uma relação entre o rendimento e o acesso à saúde, concluindo que as pessoas com pior rendimento têm pior saúde. A literatura científica explica a relação entre rendimento e saúde, nomeadamente com o facto de aqueles que possuem melhor rendimento conseguirem aceder a seguros de saúde privados – aspeto com especial relevância nos países com parca cobertura pública do serviço de saúde – (PACCAGNELLA; WEBER, 2019) e conseguirem suportar um estilo de vida mais saudável, particularmente no que diz respeito à alimentação e habitação (FRANZESE, 2015). O rendimento e a saúde estão

também indiretamente relacionados, através de variáveis socioeconômicas, culturais e biológicas, que por sua vez influenciam, por exemplo, as oportunidades de carreira e os comportamentos relacionados com a saúde, como a prática de atividade física, a dieta, o tabagismo ou a utilização de cuidados de saúde (FRANZESE, 2015).

Em linha com os resultados apresentados no presente estudo, Adena e Myck (2013) encontraram uma forte correlação entre a pobreza mensurada através do stress financeiro e da riqueza (património líquido) e a saúde física. Num outro estudo, os mesmos autores (ADENA; MYCK, 2014) identificaram ainda alterações na auto-perceção de saúde e na saúde medida com base nos problemas de saúde e nas limitações funcionais, relacionadas com a pobreza subjetiva e com a pobreza definida em função da riqueza acumulada (ADENA; MYCK, 2014).

Browning e Madsen (2019) sublinham que o stress financeiro – medida baseada na auto-perceção de pobreza – é uma importante medida das condições materiais das pessoas mais velhas, tendo em conta que reflete a capacidade de manterem o mesmo padrão de vida quando se retiram do mercado de trabalho. Christelis, Jappelli e Padula (2019) destacam, por outro lado, o património líquido (riqueza) como medida fidedigna do bem-estar económico dos idosos, uma vez que muitos indivíduos poupam dinheiro ao longo da vida para utilizarem na reforma, o que se reflete no património líquido disponível.

As conclusões destes estudos corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa na análise da relação entre o stress financeiro e património líquido do agregado familiar, por um lado, e a saúde física, por outro.

Dos três indicadores do índice de privação material do SHARE considerados nesta investigação, dois deles ("ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado" e "adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos") revelaram uma relação estatisticamente significativa com a saúde física: quanto maior a privação material, pior a saúde física. Este dado vai ao encontro dos resultados divulgados em estudos prévios, baseados em índices de privação material e diversas medidas de avaliação da saúde física (BERTONI ET AL., 2015; FRANZESE, 2015; MYCK ET AL., 2019). Vários autores (ADENA; MYCK; OCZKOWSKA, 2015; BERTONI ET AL., 2015)

têm assinalado os índices de privação material como indicadores fidedignos das condições materiais das famílias, uma vez que medem a capacidade dos agregados adquirirem ou acederem a bens ou serviços.

O indicador “adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos” que, como referido, integra o conjunto de indicadores de privação material do SHARE, tem merecido particular destaque na literatura pelo seu impacto na saúde e bem-estar dos indivíduos, apontando para a existência de desigualdades sociais na saúde oral (LISTL; JURGES, 2015; STEELE ET AL., 2015), também observadas nesta pesquisa.

Relativamente às características sociodemográficas dos indivíduos, a “escolaridade” e o “género” (categoria de referência: género feminino) revelam uma associação positiva com a saúde física, como previsto com base na literatura (KRATZ; BRISTLE, 2019; MARMOT, 2010; SOLÉ-AURÓ; JASILIONIS; LI; OKSUZYAN, 2018; MARMOT ET AL., 2012; VERBRUGGE; JETTE, 1994). Por outro lado, conclui-se que, quanto maior a idade, menor a saúde física, tal como tem sido documentado em diversos trabalhos (EUROSTAT, 2019; MACKENBACH; AVENDANO; ANDERSEN-RANBERG; ARO, 2005).

Quanto aos comportamentos de risco, o “historial de fumador” e a “inatividade física” estão associados a menor saúde física. Estes resultados vão ao encontro do que era expectável e atestam uma das preocupações da OMS, que se prende com os inúmeros malefícios para a saúde decorrentes destes comportamentos (MARMOT ET AL., 2012).

A sintomatologia depressiva também afeta negativamente a saúde física, sendo que quem reporta 4 ou mais sintomas depressivos apresenta pior saúde física, resultado que se alinha com estudos prévios (BLAZER, 2003; DEWEY; PRINCE, 2005).

A saúde física varia também em função do contexto cultural e das políticas públicas, traduzidos nesta investigação pela consideração dos regimes de bem-estar na análise realizada. Esta conclusão encontra sustentação nas pesquisas de diversos autores que têm destacado a importância destes regimes enquanto determinantes da saúde e das desigualdades em saúde (EIKEMO; BAMBRA ET AL., 2008; EIKEMO; HUISMAN ET AL., 2008; JEREZ-ROIG ET AL., 2018; MARMOT ET AL., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procura analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material dos indivíduos e a sua saúde física. Na abordagem das condições económicas recorreu-se a diversos indicadores baseados nos rendimentos, na riqueza acumulada, na dificuldade em aceder a certos bens ou serviços e na auto-perceção da situação económica. A saúde física foi mensurada a partir de um constructo, composto por medidas objetivas e subjetivas. A análise da relação entre as condições económicas e a saúde física foi realizada controlando-se as características sociodemográficas e culturais, a saúde mental e os comportamentos de risco para a saúde, tendo em conta a relação, largamente abordada na literatura, entre estas características dos indivíduos e a sua saúde física. Foi ainda controlado o contexto cultural e das políticas públicas, tendo os países de residência dos entrevistados sido agrupados por regimes de bem-estar.

Os resultados da análise da relação entre os indicadores económicos/de privação material e a saúde física nos indivíduos com mais de 50 anos permitem concluir que, quanto piores as condições económicas e de privação material dos inquiridos, pior a sua saúde física. O indicador "rendimento per capita", cuja relação com a saúde física não se mostrou consensual em estudos anteriores, variando entre a inexistência de associação estatisticamente significativa e a associação positiva, mostrou estar claramente associado à saúde física, na presente investigação. A relação encontrada entre as variáveis de controlo (características sociodemográficas, sintomatologia depressiva e comportamentos de risco em saúde) e a saúde física corrobora os resultados encontrados na literatura científica: a idade, a sintomatologia depressiva, a inatividade física e o historial de fumador estão negativamente associados à saúde física, ao contrário da escolaridade e do género (masculino), que estão positivamente associados à saúde física.

Com base nos resultados encontrados, pode afirmar-se que, de uma forma geral, as condições económicas e materiais se relacionam positivamente com a saúde física, quando controladas as características sociodemográficas e culturais, a sintomatologia depressiva e os comportamentos de risco em saúde. Destaca-se a importância de

se considerarem os diversos indicadores dessas condições para um retrato completo e aprofundado da situação em que as pessoas vivem e do respetivo “impacto” na saúde, uma vez que os indicadores financeiros – das medidas mais utilizadas nos estudos sobre desigualdades – poderão não espelhar na íntegra a realidade das condições económicas e materiais dos indivíduos com mais de 50 anos. Desta forma, recomenda-se que a definição de políticas com vista ao combate às desigualdades sociais em saúde recorra a diversos indicadores para mensurar as condições económicas e materiais em que as pessoas vivem, indo além da distribuição de rendimentos e incluindo, nomeadamente, o stress financeiro e a privação material, para uma análise mais precisa dessas condições de vida.

Tendo em conta os resultados encontrados, são várias as medidas que poderão contribuir para uma maior equidade em saúde, uma vez que as desigualdades resultam de uma “combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade” (CDSS, 2010, p. 1). A principal intervenção sobre as determinantes sociais da saúde, como defende a OMS (CDSS, 2010) prende-se com a necessidade dessa intervenção abranger todos os sectores da sociedade e não apenas o setor da saúde. Assim, as políticas de combate às desigualdades em saúde deverão visar as desigualdades socioeconómicas existentes, nomeadamente no que respeita às condições económicas e materiais em que as pessoas vivem, assim como aos níveis de educação, com particular enfoque nas desigualdades de género. Para além disso, a intervenção deverá incidir sobre os comportamentos de risco para a saúde, bem como sobre a saúde mental. A promoção da saúde e o combate às desigualdades na saúde exigem, assim, uma intervenção multisectorial, envolvendo políticas sociais promotoras de ambientes sociais, educação e condições de vida saudáveis.

Uma vez que o foco deverá ser, como preconizam Marmot et al. (2012), nas causas das causas, garantindo que as pessoas têm o conhecimento, capacidades e controlo sobre as suas vidas para alterarem os comportamentos, torna-se fundamental estabelecer sistemas de monitorização dos indicadores socioeconómicos e de privação material associados à saúde, com a referenciação das situações de

desvantagem, para posterior encaminhamento e elaboração de respostas em função das necessidades da população.

Esta investigação possui algumas limitações, nomeadamente o facto da amostra utilizada não incluir as pessoas institucionalizadas, uma vez que estas não integram a base de dados do SHARE.

Outra limitação prende-se com o facto das análises realizadas não terem considerado a eventual existência de um “impacto” da saúde física nas condições económicas e de privação material, possibilidade que tem sido demonstrada em algumas investigações (BLOOM, 2013; FRANZESE, 2015).

Uma outra limitação metodológica deste estudo relaciona-se com o seu carácter transversal, que não permite uma análise em termos causais. Assim, este trabalho permite afirmar que piores condições económicas e materiais estão associadas a pior saúde física, mas não permite estabelecer que as condições económicas determinam a saúde física dos indivíduos. Neste sentido, considera-se pertinente a realização de análises longitudinais em investigações futuras, de modo a estabelecer relações causais que permitam a definição de políticas ainda mais específicas e direccionadas.

Apesar das limitações apresentadas, este estudo contribui para escrutinar a relação entre as condições económicas e de privação material e a saúde física, fornecendo mais informação sobre o comportamento dos indicadores que mensuram as primeiras e sobre os fatores que podem interferir nessa relação.

REFERÊNCIAS

ADENA, M.; MYCK, M. Poverty and transitions in health in later life. **Social Science & Medicine**, V. 116, P. 202–210, 2014.

ADENA, M.; MYCK, M.; OCZKOWSKA, M. Material deprivation items in SHARE Wave 5 data: a contribution to a better understanding of differences in material conditions in later life. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 25–37.

AVENDANO, M.; ARO, A. R.; MACKENBACH, J. Socio-Economic Disparities in Physical Health in 10 European Countries. In: BÖRSCH-SUPAN, A.;

BRUGIAVINI, A.; JÜRGES, H.; MACKENBACH, J.; SIEGRIST, J.; WEBER, G. (Eds.). **Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe**. Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2005. P. 89-94.

BERTONI, M.; CAVAPOZZI, D.; CELIDONI M.; TREVISAN, E. Development and validation of a material deprivation index. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 57-65.

BLAZER, D.G. Depression in Late Life: Review and Commentary. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, V. 58, N. 3, P. 249-265, 2003.

BLÁZQUEZ, M.; COTTINI, E.; HERRARTE, A. The socioeconomic gradient in health: how important is material deprivation?. **J Econ Inequal**, V. 12, P. 239-264, 2014.

BLOOM, D.E. The Health and Wealth of Portugal. **Acta Med Port**, V. 26, N. 4, P. 303-311, 2013.

BROWNING, M.; MADSEN, E. Consumption. In: WEBER, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**. 2019. P. 318-324.

CERDÁ, M.; JOHNSON-LAWRENCE, V.D.; GALEA, S. Lifetime income patterns and alcohol consumption: Investigating the association between long- and short-term income trajectories and drinking. **Soc Sci Med**, V. 73, N. 8, P. 1178-1185, 2011.

CHRISTELIS, D.; JAPPELLI, T.; PADULA, M. Wealth and Portfolio Composition. In: Weber, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**. 2019. P. 310-317.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: **Organização Mundial da Saúde**, 2010.

DELERUE MATOS, A.; BARBOSA, F.; CUNHA, C.; VOSS, G.; CORREIA, F. Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. **BMC Public Health**, V. 21, N. 924, 2021.

DEMAKAKOS, P.; BIDDULPH, J. P.; BOBAK, M.; MARMOT, M. G. Wealth and mortality at older ages: a prospective cohort study. **J Epidemiol Community Health**, V. 70, P. 346–353, 2016.

DEWEY, M.; PRINCE, M. Mental Health. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; JURGES, H. (Eds.). **Health, Ageing and Retirement in Europe-First results from survey of Health, Ageing and Retirement in Europe**. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), 2005. P. 108-117.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Lisboa, Portugal: **DGS**, 2017.

EIKEMO, T.A.; BAMBRA, C.; JOYCE, K.; DAHL, E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. **Eur J Public Health**, V. 18, N. 6, P. 593-599, 2008.

EIKEMO, T.A.; HUISMAN, M.; BAMBRA, C.; KUNST, A. E. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. **Sociology of Health & Illness**, V. 30, N. 4, P. 565–582, 2008.

EUROSTAT. Combating poverty and social exclusion: A statistical portrait of the European Union 2010. Eurostat statistical books. Luxembourg: **Publications Office of the European Union**, 2010.

EUROSTAT. Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU. Luxembourg: **Publications Office of the European Union**, 2019.

FRANZESE, F. Slipping into poverty: effects on mental and physical health. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 139-147.

GARCÍA-MUÑOZ, T.; NEUMAN, S.; NEUMAN, T. Behavioral Health Risk Factors: the Interaction of Personal and Country Effects. **International Journal of Behavioral Medicine**, V. 25, P. 183–197, 2018.

JEREZ-ROIG, J.; BOSQUE-PROUS, M.; GINÉ-GARRIGA, M.; BAGUR-CALAFAT, C.; BEZERRA DE SOUZA, D. L.; TEIXIDÓ-COMPAÑÓ, E.; ESPELT, A. Regional differences in the profile of disabled community-dwelling older adults: A European population-based cross-sectional study. **PLoS One**, V. 13, N. 12, 2018.

JÜRGES, H. Health insurance coverage and access to care among European elders: crossnational differences and social gradients. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 301-312.

KRATZ, F.; BRISTLE, J. Tracking and educational inequality in health in later life. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; BRISTLE, J.; ANDERSEN-RANBERG, K.; BRUGIAVINI, A.; JUSOT, F.; LITWIN, H.; WEBER, G. (Eds.). **Health and socio-economic status over the life course**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2019. P. 99-106.

LINK, B.; PHELAN, J. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. **Journal of Health and Social Behavior**, P. 80–94, 1995.

LISTL, S.; JÜRGES, H. Social inequalities in oral health – towards targeted health policy interventions. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 127–138.

LYBERAKI, A.; TINIOS, P. Poverty and Social Exclusion: A New Approach to an Old Issue. In: WEBER, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**. 2019. P. 302-309.

MACKENBACH, J.; AVENDANO, M.; ANDERSEN-RANBERG, K.; ARO, A. Physical Health. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; BRUGIAVINI, A.; JÜRGES, H.; MACKENBACH, J.; SIEGRIST, J.; WEBER, G. (Eds.). **Health, Ageing and**

Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2005. P. 82-88.

MARMOT, M. Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. **The Marmot Review**, 2010.

MARMOT, M.; ALLEN, J.; BELL, R.; BLOOMER, E.; GOLDBLATT, P.; CONSORTIUM FOR THE EUROPEAN REVIEW OF SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND THE HEALTH DIVIDE. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **Lancet**, V. 380, N. 9846, P. 1011–1029, 2012.

MUNICH CENTER FOR THE ECONOMICS OF AGING. **SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Release Guide 7.0.0.** SHARE, 3 de abril de 2019. Disponível em: <http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_7-0-0.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MYCK, M.; NAJSZTUB, M.; OCZKOWSKA, M. Implications of social and material deprivation for changes in health of older people. **Journal of Aging and Health**, V. 32, N. 5-6, P. 371–383, 2019.

PACCAGNELLA, O.; WEBER, G. Household Income. In: WEBER, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**, 2019. P. 296-301.

PLOUBIDIS, G.B.; GRUNDY, E. Health Measurement in Population Surveys: Combining Information from Self-reported and Observer-Measured Health Indicators. **Demography**, V. 48, N. 2, P. 699–724, 2011.

PRINCE, M.J.; REISCHIES, F.; BEEKMAN, A.T.F.; FUHRER, R.; JONKER, C.; KIVELÄ, S-L.; LAWLOR, B.A.; LOBO, A.; MAGNUSSON, H.; FICHTER, M.; VAN OYEN, H.; ROELANDS, M.; SKOOG, I.; TURRINA, C.; COPELAND, J.R. M. Development of the EURO-D scale—A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. **British Journal of Psychiatry**, V. 174, P. 330–338, 1999.

RANTANEN, T.; GURALNIK, J.M.; FOLEY, D.; MASAKI, K.; LEVEILLE, S.; CURB, J.D.; WHITE, L. Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. **Journal of the American Medical Association**, V. 281, P. 558-560, 1999.

SEMYONOV, M.; LEWIN-EPSTEIN, N.; MASKILEYSON, D. Where wealth matters more for health: The wealth health gradient in 16 countries. **Social Science & Medicine**, V. 81, P. 10–17, 2013.

SOLÉ-AURÓ, A.; JASILIONIS, D.; LI, P.; OKSUZYAN, A. Do women in Europe live longer and happier lives than men?. **The European Journal of Public Health**, V. 28, N. 5, P. 847– 852, 2018.

STEELE, J.; SHEN, J.; TSAKOS, G.; FULLER, E.; MORRIS, S.; WATT, R.; GUARNIZO-HERREÑO, C.; WILDMAN, J. The interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. **Journal of Dental Research**, V. 94, N. 1, P. 19–26, 2015.

SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE-EUROPEAN RESEARCH INFRASTRUCTURE CONSORTIUM [SHARE-ERIC]. **Annual Activity Report 2019/20**. Munich, Germany, 2020. Disponível em: <http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE-ERIC/SHARE_AnnualActivityReport_2019-2020.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION [UNESCO]. **ISCED 1997: International Standard Classification of Education**. UNESCO Institute for Statistics, maio de 2006. Disponível em: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en_0.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The Disablement Process. **Soc. Sci. Med.**, V. 38, N. 1, P. 1–14, 1994.

VOZIKAKI, M.; LINARDAKIS, M.; MICHELI, K.; PHILALITHIS, A. Activity participation and wellbeing among European adults aged 65 years and older. **Social Indicators Research**, V. 131, P. 769–795, 2017.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, Denmark: **WHO Regional Office for Europe**, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Report on Ageing and Health. Geneva: **WHO**, 2015.

CONTAMINAÇÃO EM SUPERFÍCIES HOSPITALARES DE UTIS: FACILITADOR DE INFECÇÕES EM PACIENTES IDOSOS?

MARIA EDUARDA LIMA OLIVEIRA

Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, maria.eduarda.oliveira@aluno.uepb.edu.br

ITALO FREITAS PEREIRA

Graduando do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas, freitasitalo-pereira@gmail.com

HERONIDES DOS SANTOS PEREIRA

Docente do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, heronides40@icloud.com; patriciafreitashemoiba@yahoo.com.br

PATRÍCIA MARIA DE FREITAS E SILVA

Docente do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, patriciafreitashemoiba@yahoo.com.br

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) representam um potencial reservatório de microrganismos que viabilizam a transferência cruzada dos mesmos, favorecendo a ocorrência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), principalmente em pacientes idosos. O objetivo deste trabalho foi avaliar a contaminação microbiológica de superfícies da UTI adulto de um hospital público em Campina Grande-PB. Durante maio a setembro de 2019 foram coletadas 76 amostras de 10 superfícies da UTI adulto, utilizando swabs semeados em meios de cultura para identificação bacteriana. Observou-se maior contaminação (100%) em respirador, telefone e bancada de prescrição, seguidas de bomba de infusão (88,8%), bancada de preparo de material antes da higiene (87,5%), maçaneta (85,71%), cama (77,7%), almotolia (71,42%), torneira (66,6%) e bancada de preparo de material após higiene com um saneante à base de peróxido de hidrogênio (57,14%). As espécies predominantes foram *Staphylococcus aureus* resistentes à oxacilina (MRSA) (36,48%) e *Staphylococcus coagulase negativa* resistentes à oxacilina (SCN R Oxa) (31,08%). Entre as bactérias Gram-negativas, as que apresentaram resistências mais elevadas aos antibióticos foram: *Enterobacter aerogenes* ao cefepime (100%), sulfametoxazol (100%) e ciprofloxacino (66,6%); *Proteus mirabilis* à amoxicilina+ácido clavulânico (50%), imipenem (50%) e tetraciclina (50%). As cepas de *Klebsiella pneumoniae* apresentaram as maiores resistências ao ciprofloxacino (100%), cefepime (100%), e imipenem (100%). E os isolados de *Klebsiella oxytoca* à ceftriaxona (100%), sulfametoxazol (100%) e cefepime (100%). Conclui-se que a condição imunológica de idosos, associado à transmissão de microrganismos presentes nas superfícies hospitalares, favorecem o desenvolvimento de IRAS graves nestes pacientes.

Palavras-chave: UTI. Contaminação. Superfícies. Desinfecção.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), também conhecidas como infecções hospitalares, são consideradas um grave problema de saúde pública, estando entre as seis principais causas de óbitos no país, principalmente entre idosos (PIENIZ et al, 2018).

Em estudo realizado Grace et al (1991) 54% das infecções hospitalares ocorreram em pacientes idosos (≥ 65 anos). Neste grupo etário, 44% das infecções ocorreram no trato urinário (ITU), 42% foram pneumonias, 11% foram infecções de ferida cirúrgica, 8% foram infecções de corrente sanguínea, e o restante foram infecções em outros locais. Quando comparamos as infecções em pacientes idosos com aquelas em pacientes adultos mais jovens, com idades entre 15 e 64 anos, uma porcentagem muito maior das infecções em pacientes idosos ocorreriam em ITUs com *Staphylococcus* coagulase negativo como principal agente etiológico (GRACE et al., 1991).

Os problemas surgem não apenas por lidar com um sistema imunológico envelhecido e multimorbidades complexas, mas também saber identificar, distinguir e prevenir e tratar as infecções que exarcebam a morbidade em idosos (GRACE et al., 1991).

As IRAS podem ser provenientes de fontes endógenas e exógenas. Quando o indivíduo é submetido a um desequilíbrio no sistema imunológico, decorrente de alguma infecção desenvolvida pela microbiota, a origem das IRAS é endógena. Em contrapartida, as IRAS de origem exógena representam a transmissão de agentes externos ao paciente, como as mãos dos profissionais de saúde, utensílios hospitalares ou superfícies inanimadas (GIL et al., 2018; WISNIEWSKI et al., 2020).

Deste modo, as fontes ambientais guardam íntima relação com as IRAS. Estudos têm demonstrado que o ambiente de pacientes colonizados representa um potencial reservatório de microrganismos. Bactérias potencialmente patogênicas, provenientes destes indivíduos, são excretadas em grande número nos fluidos biológicos, como muco, saliva, sangue, fezes e urina, contaminando equipamentos e superfícies inanimadas que cercam o paciente, sendo, posteriormente, veiculadas para pacientes susceptíveis como os imunodeprimidos, idosos, pacientes intubados, cateterizados e aqueles em uso de antibióticos

(MORA *et al.*, 2016). A via mais comum de transferência cruzada de patógenos ocorre através das mãos de profissionais de saúde (MODY *et al.*, 2019).

As unidades de terapia intensiva (UTIs) são consideradas áreas críticas de um hospital, pois oferecem risco para a disseminação de IRAS, tanto pela presença de pacientes vulneráveis a infecções como pela organização do espaço físico entre leitos e equipamentos, o que favorece a transferência cruzada de microrganismos (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Considerando a importância que o envolvimento do ambiente hospitalar exerce na transmissão de microrganismos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2020) recomenda que os hospitais realizem os procedimentos adequados de limpeza e desinfecção de superfícies, além de garantir a qualidade dos procedimentos e de realizar a monitorização contínua da eficiência destes processos

O objetivo deste trabalho foi avaliar a contaminação microbiológica de superfícies da UTI adulto de um hospital público em Campina Grande-PB, o que pode favorecer infecções cruzadas em pacientes idosos.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada caracteriza-se como estudo transversal, descritivo-exploratório, prospectivo com abordagem quantitativa. A coleta do material em estudo foi realizada na UTI adulto em um hospital público em Campina Grande-PB, e as amostras foram processadas no laboratório de Microbiologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), no Campus I da UEPB. A realização da pesquisa ocorreu em um período de 4 meses (maio a setembro de 2019). Semanalmente, uma enfermeira integrante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital estudado realizava a coleta de material de dez superfícies hospitalares na UTI adulto de um hospital público em Campina Grande-PB: bomba de infusão, respirador, cama, telefone, maçaneta, torneira, almotolia, bancada de prescrição e bancada de preparo de material antes e após a higiene. No hospital estudado, era utilizando um saneante à base de peróxido de hidrogênio A coleta do material das superfícies foi realizada através de swabs

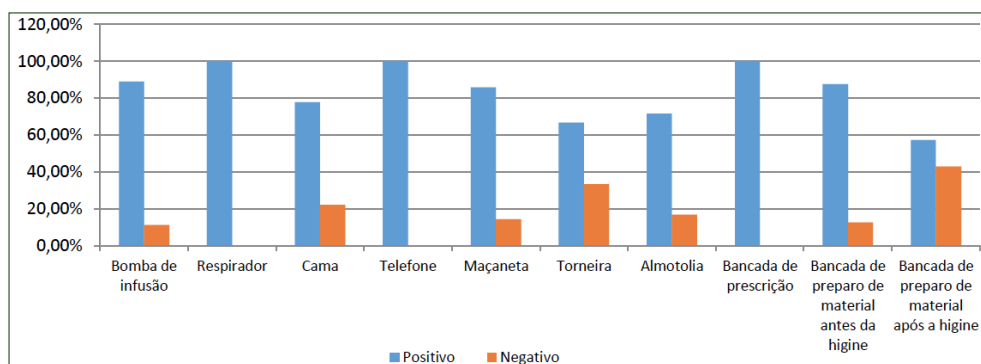
umedecidos com solução fisiológica 0,9% estéril. Estes foram friccionados nas superfícies de investigação, e, posteriormente, introduzidos em tubos contendo 3 mL de caldo BrainHeart Infusion (BHI), agitados vigorosamente, acondicionados em caixas de isopor e transportados, em temperatura ambiente, para o laboratório de Microbiologia da UEPB, Campus I. Ao todo, foram coletadas 76 amostras. Após 18-24 horas de incubação a 35-37°C, os swabs eram semeados, por meio da técnica de esgotamento, em meios de cultura como agar sangue, agar manitol salgado e agar EMB, e incubados a 35-37°C durante 24 horas. Após esse período, era realizadas contagens das colônias bacterianas e identificação, bem como testes de sensibilidade aos antimicrobianos. Para a identificação dos bacilos Gram-negativos fermentadores foram realizados os testes bioquímicos: TSI (Triple Sugar Iron), MIO (mobilidade, indol, ornitina), ureia, citrato e fenilalanina. As bactérias Gram-negativas não fermentadoras foram identificadas através do Kit BBL Crystal. (REERENCIA) Já as Gram-positivas foram submetidas a testes de catalase e coagulase. As bactérias isoladas e identificadas foram submetidas a testes de sensibilidade aos antimicrobianos pelo método de Kirby-Bauer, segundo os padrões recomendados pelo CLSI (Clinical Laboratory Standard Institute), 2020. Os antimicrobianos testados para bactérias Gram-negativas foram: amicacina, amoxicilina + clavulanato, ampicilina, aztreonam, cefalexina, cefepime, ceftazidime, ceftriaxona, ciprofloxacino, gentamicina, imipenem, sulfametoxazol e tetraciclina. Para as Gram-positivas, testou-se a oxacilina. Também foram realizados testes de produção de enzimas de resistência como pesquisa de ESBL, AmpC e carbapenemases.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 76 amostras coletadas, 85,5% (65) apresentaram crescimento bacteriano, enquanto 14,5% (11) foram negativas. De acordo com o Gráfico 1, houve crescimento bacteriano em 88,8% (8) das amostras da bomba de infusão, e em 11,1% (1) não houve crescimento bacteriano. O respirador e o telefone apresentaram 100% (9) de crescimento bacteriano, assim como a bancada de prescrição (6). Na cama, 77,7% (7) das amostras foram positivas, enquanto 22,2% (2) negativas. A maçaneta apresentou positividade em 85,71% (6), e 14,28% negativas. Na

torneira, 66,6% (4) demonstraram crescimento bacteriano, e em 33,3% (2) não houve crescimento bacteriano. Almotolias apresentaram crescimento em 71,42% (5) das amostras, e 16,7% (1) foram negativas. A bancada de preparo de material antes da higiene, apresentou 87,5% (7) das amostras positivas, e 12,5% (1) negativas; após desinfecção com o saneante à base de peróxido de hidrogênio, o crescimento bacteriano diminuiu para 57,14% (4), e a ausência do mesmo aumentou em 42,9% (3). As superfícies mais contaminadas, com 100% das amostras positivas para crescimento bacteriano, foram respirador, telefone e bancada de prescrição, seguidas de bomba de infusão (88,8%), bancada de preparo de material antes da higiene (87,5%), maçaneta (85,71%), cama (77,7%), almotolia (71,42%), torneira (66,6%) e bancada de preparo de material após higiene (57,14%).

Gráfico 1 - Análise do crescimento bacteriano em superfícies da UTI adulto de um hospital em Campina Grande - PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

De Souza *et al* (2019) avaliaram a contaminação de superfícies inanimadas em uma UTI de Foz do Iguaçu-PR e constataram frequência de 45,4% de crescimento bacteriano em camas, e ausência de crescimento em bombas de infusão, enquanto o presente estudo observou crescimento em 77,7% na cama, sendo a bomba de infusão uma das superfícies mais contaminadas (88,8%).

Amarante *et al* (2018), em uma UTI adulto de um hospital regional do Sertão paraibano, avaliaram cinco superfícies (grades das camas, botões do monitor da função cardíaca, e dos ventiladores mecânicos,

bancada de enfermagem e maçaneta), das quais 81,8% estavam contaminadas por alguma espécie de microrganismo. Este dado, de elevada presença microbiológica em superfícies, assemelha-se ao encontrado nesta pesquisa, em que 85,5% das amostras coletadas das superfícies apresentaram crescimento bacteriano.

Acredita-se que as áreas mais próximas aos pacientes sejam mais facilmente contaminadas de forma direta através da eliminação da bactéria pelo paciente, por meio de fluidos biológicos, ou indiretamente, por meio de contato das mãos dos profissionais de saúde com alguns equipamentos como monitores, botões de ventilação, grades da cama, caracterizando eventos de transmissão cruzada, fato que provavelmente tenha acontecido na presente pesquisa (LOURENZO *et al.*, 2020). Este último fator pode explicar, também, o crescimento bacteriano em 100% das amostras coletadas do respirador, telefone e bancada de prescrição.

Além disso, a contaminação bacteriana nas superfícies analisadas pode ser explicada por falhas na técnica ou na frequência da desinfecção das superfícies e/ou pelo uso inadequado ou ineficácia do desinfetante utilizado (GIL *et al.*, 2018; VITAL, 2019).

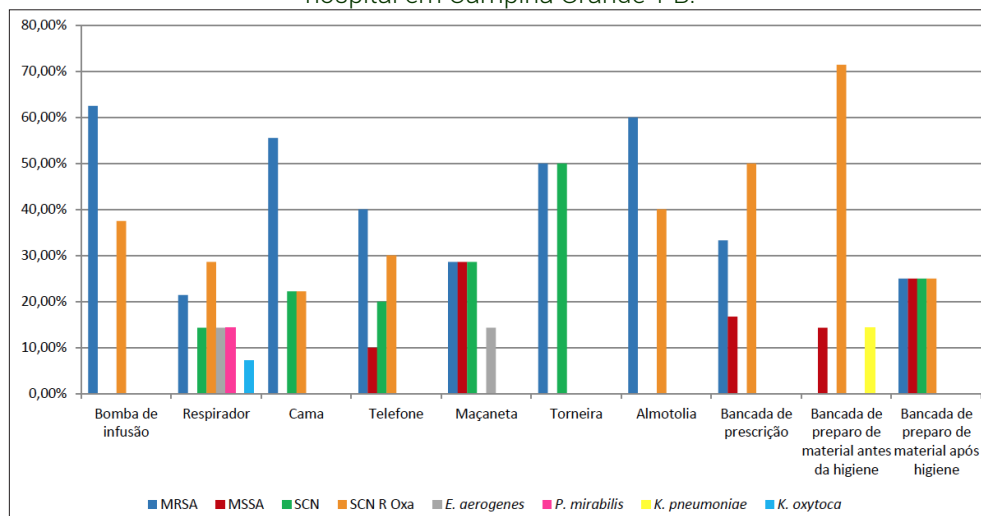
Em 2020, Lourenzo *et al* realizaram uma revisão integrativa de 07 literaturas sobre a contaminação em superfícies de UTIs espalhadas pelo Brasil após limpeza e desinfecção das mesmas, e relataram que 100% das superfícies analisadas microbiologicamente confirmam a presença de microrganismos após o processo de limpeza e desinfecção, sendo que 42,8% apresentaram microrganismos diferentes dos encontrados antes da limpeza.

No hospital estudado a desinfecção das superfícies ocorria uma vez no turno da manhã e outra vez no turno da tarde.

O Gráfico 2 demonstra as bactérias isoladas das amostras adquiridas a partir de 10 superfícies da UTI adulto, sendo encontradas 8 espécies bacterianas diferentes. Na bomba de infusão, houve crescimento bacteriano em 62,5% (5) de *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA) e 37,5% (3) de *Staphylococcus coagulase negativa* resistente à oxacilina (SCN R Oxa). No respirador, houve crescimento de MRSA em 21,4% (3), *Staphylococcus coagulase negativa* (SCN) em 14,3% (2), SCN R Oxa em 28,6% (4), *Enterobacter aerogenes* e *Proteus mirabilis* em 14,3% (2) e *Klebsiella oxytoca* em 7,1% (1), sendo a bomba

de infusão a superfície com maior número de espécies encontradas. A cama hospitalar apresentou crescimento de MRSA em 55,5% (5), SCN e SCN R Oxa em 22,2% (2), ambas. O telefone apresentou MRSA em 40% (4), *S. aureus* sensível à oxacilina (MSSA) em 10% (1), SCN em 20% (2) e SCN R Oxa em 30% (3). Na maçaneta, houve crescimento de MRSA, MSSA e SCN, em 28,6% (2) cada, e *E. aerogenes* em 14,3% (1). A torneira apresentou crescimento de 50% (2) de MRSA e SCN, cada. Na almotolia houve crescimento de MRSA em 60% (3), e SCN R Oxa em 40% (2). A bancada de prescrição apresentou crescimento de MRSA em 33,3% (2), MSSA em 16,7% (1) e SCN R Oxa em 50% (3).

Gráfico 2 – Bactérias isoladas em diferentes superfícies da UTI adulto de um hospital em Campina Grande-PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Nesta pesquisa, nas 76 amostras de superfícies, houve predominância de MRSA (36,48%) em relação às bactérias Gram-negativas (9,5%).

Um estudo elaborado por Marques (2019) também encontrou baixa predominância de Gram-negativos em amostras de superfícies de UTI, representando apenas 7,35%. Outro estudo comandado por Wisniewski *et al.* (2020), no qual foram coletadas 216 amostras de superfícies como bomba de infusão, grades das macas, bancadas, torneiras e ventiladores mecânicos, relatou-se maior prevalência de

Staphylococcus coagulase negativo (43,4 %) e *Staphylococcus aureus* (20,5 %), espécies também prevalentes na presente pesquisa.

Deste modo, observa-se que na bomba de infusão, cama, telefone e almotolia houve predominância de MRSA. No respirador, na bancada de prescrição e bancada de preparo de material antes da higiene, SCN R Oxa foi a bactéria com maior prevalência. As outras superfícies apresentaram distribuição igual para algumas cepas, como: na maçaneta predominaram MRSA, MSSA e SCN, na torneira, MRSA e SCN, e na bancada de preparo de material após higiene, MRSA, MSSA, SCN e SCN R Oxa.

A bactéria mais isolada em todas as superfícies estudadas, exceto na bancada de preparo de material antes da higiene, foi MRSA. Este fato é bastante preocupante considerando que tal bactéria é resistente a todos os antibióticos beta-lactâmicos atualmente disponíveis no mercado, além de apresentar resistência intrínseca a antibióticos modernos utilizados na clínica médica atual como imipenem e meropenem, o que restringe bastante as opções terapêuticas para um paciente que se contaminar com cepas MRSA, aumentando a morbi-mortalidade, principalmente em pacientes idosos. Além disso, são bactérias de rápida disseminação no ambiente hospitalar. (REFERÊNCIAS)

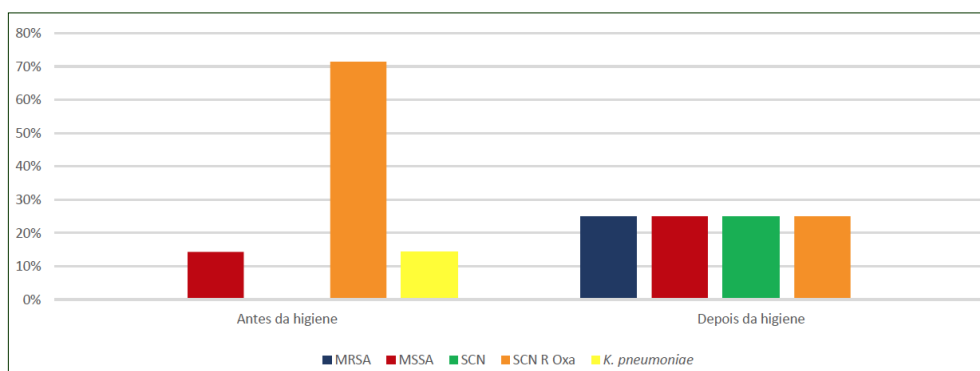
Garcia e colaboradores (2019) isolaram *K. pneumoniae* (25%) e *S. aureus* (8,33%) em torneiras de hospitais e entre superfícies internas, externas e maçanetas. No presente estudo, houve predominância de Gram-positivos, principalmente *Staphylococcus* spp. em torneira e maçaneta.

Entre os microrganismos presentes no ambiente nosocomial em situações endêmicas, destacam-se *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA) e *Enterococcus* resistentes à vancomicina (VRE), enquanto nos surtos é frequente a presença de *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa*. Em ambos os casos, observou-se similaridade entre cepas encontradas em pacientes e aquelas isoladas nas superfícies ambientais. (REFERÊNCIA)

Neste estudo, a superfície da bancada de preparo de material foi submetida ao processo de desinfecção utilizando desinfetante à base de peróxido de hidrogênio. De acordo com o Gráfico 3, antes da higienização, foi possível observar 3 cepas bacterianas: MSSA em 14,3% (1), SCN R Oxa em 71,4% (5) e *K. pneumoniae* em 14,3% (1). Entretanto,

após a realização dos protocolos de limpeza e desinfecção, 4 cepas bacterianas foram predominantes. O crescimento de MSSA aumentou de 14,3% (1) para 25% (1), a presença de SCN R Oxa reduziu de 71,4% (5) para 25% (1), além de ser evidenciado o crescimento de duas novas cepas em 25% (1): MRSA e SCN. Conclui-se, assim, que o desinfetante utilizado foi eficiente apenas na erradicação das cepas de *K. pneumoniae*.

Gráfico 3 – Comparação do crescimento bacteriano antes e depois da higiene na superfície da bancada de preparo de material de um hospital em Campina Grande-PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A elevada frequência de isolados de MRSA e SCN resistentes à oxacilina, e o seu aparecimento na superfície previamente desinfetada, permite o questionamento da possibilidade de os profissionais de saúde serem portadores de tais microrganismos em sua microbiota de naso e orofaringe, agindo, assim, como potenciais transmissores. Outro fator justificável para o aparecimento destas cepas, mesmo após o processo de limpeza e desinfecção da bancada de preparo de material, é o próprio uso do desinfetante à base de peróxido de hidrogênio, visto que, o gênero *Staphylococcus* spp. é produtor da enzima catalase, capaz de degradar este composto químico, impedindo a sua ação sobre as cepas bacterianas produtoras desta enzima, ou seja, tais bactérias não sofrem a ação de desinfetantes com esta formulação. Além disso, pode ter ocorrido um evento de recontaminação da bancada de preparo de material. Segundo Russotto *et al* (2015), superfícies de alto

contato em UTIs podem ser novamente contaminadas após 4 horas de limpeza.

Uma pesquisa comandada por Chowdury *et al* (2019) também identificou ineficiência do saneante, ao realizar a inoculação de *S. aureus* (ATCC 25923) em biofilmes para testar a eficácia de alguns desinfetantes, entre eles um desinfetante à base de peróxido de hidrogênio. Após 5 minutos de contato com as colônias, o desinfetante obteve baixo desempenho, que pode ser explicado pelo tempo de contato, pois, segundo o fabricante, o recomendado para erradicar bactérias são 10 minutos. Oon e colaboradores (2020), objetivando avaliar o papel da descontaminação do peróxido de hidrogênio diluído em uma unidade de terapia intensiva de um hospital rural australiano, também constataram que não ocorreu redução significativa da contagem de colônias aeróbicas frente ao desinfetante.

Portanto, faz-se necessário utilizar na rotina de limpeza e desinfecção saneantes eficazes para erradicar a contaminação dos microrganismos em superfícies hospitalares.

Avancini e Both (2017) dispuseram cepas de MRSA em contato com hipoclorito de sódio, iodóforo e cloreto de cetil trimetilamônio (quaternário de amônio) por 5, 15 e 30 minutos, para avaliar os seus efeitos bactericidas, e, assim, relataram a inativação de todos os isolados de MRSA através do uso destes compostos em suas menores concentrações e tempo de contato.

As superfícies frequentemente manuseadas pelos profissionais da saúde, como telefone, maçaneta, torneira, almotolia e bancadas de prescrição e de preparo de material, tornam-se, também, potenciais fontes de microrganismos, principalmente quando a intervenção de higienização das mãos não é efetuada ou erroneamente executada, possibilitando a colonização e infecção dos pacientes, e, conseqüentemente, o agravo do quadro clínico (AVANCINI & BOTH, 2017)

Mody *et al* (2019) mostraram que a contaminação das mãos com microrganismos multirresistentes está associada à contaminação das superfícies de alto contato em um hospital no sudeste do Michigan (EUA), sendo que as cepas analisadas das mãos correspondiam quase 100% s das superfícies.

No Brasil, Lourenzo *et al* (2020) realizaram uma revisão acerca da análise de superfícies contaminadas de UTIs que, apesar da

desinfecção com álcool 70%, apresentaram crescimento de MRSA em bomba de infusão, grades da cama e bancada de prescrição. Além disso, identificaram *S. aureus*, *Staphylococcus* coagulase negativo, bacilos Gram negativos e *Candida albicans* como os microrganismos de maior crescimento nas superfícies após desinfecção. Estes resultados se assemelham aos encontrados no presente estudo, que também encontrou crescimento de MRSA e SCN mesmo após higiene da bancada de preparo de material. Certamente, estes fatores ocorrem em decorrência do uso excessivo de oxacilina e outros antibióticos na UTI estudada, o que não difere de outros hospitais, dada à gravidade das infecções dos pacientes ali presentes. Os antibióticos utilizados em excesso em hospitais geram aerossóis que desencadeiam resistência nas bactérias da flora bacteriana hospitalar. Assim, quanto mais oxacilina utilizada, mais bactérias hospitalares serão resistentes às mesmas. (REFERENCIA) (COSTA *et al*, 2019).

A adaptação demonstrada por estes microrganismos dentro da UTI pode também sugerir sua presença em organizações bacterianas sob a forma de biofilmes, inclusive multi-gênero, o que necessitaria de concentrações mais efetivas dos desinfetantes e maior frequência dos protocolos de limpeza e desinfecção. Isto porque, nos biofilmes, especialmente os de superfícies secas, as bactérias são mais resistentes à dessecação, mais difíceis de serem removidas durante a limpeza e mais tolerantes a desinfetantes, podendo permanecer viáveis por um longo período (COSTA *et al*, 2019).

É de extrema importância ressaltar a ausência de *Pseudomonas aeruginosa* nas superfícies da UTI estudada. Tal bactéria é muito temida em hospitais devido à sua grande capacidade em adquirir e disseminar resistência aos antimicrobianos, demonstrando que, embora não totalmente satisfatórias, as medidas de prevenção que estão sendo adotadas pelo hospital provavelmente conseguem controlar as infecções por *Pseudomonas* spp.

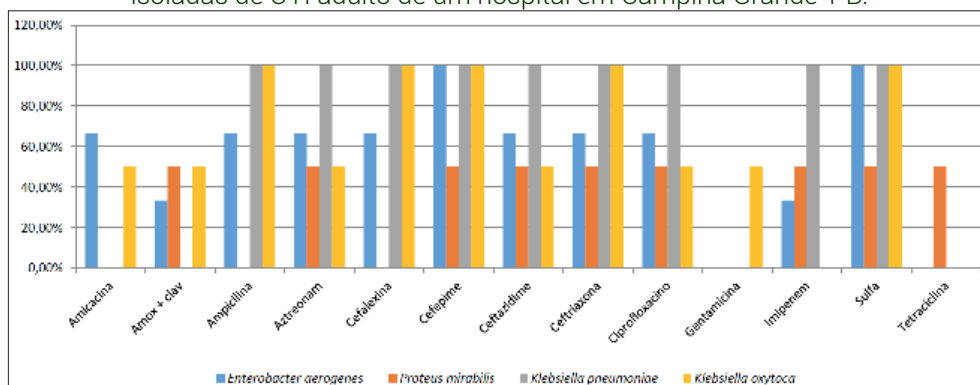
De acordo com o Gráfico 4, foram testados os antibióticos utilizados na rotina do hospital estudado para a realização do teste de sensibilidade aos antimicrobianos frente às bactérias Gram-negativas identificadas nas amostras de superfícies. Dos isolados de *Enterobacter aerogenes*, 100% (3) foram resistentes ao cefepime e ao sulfametoxazol, 66,6% (2) à amicacina, ampicilina, aztreonam, cefalexina,

ceftazidime, ceftriaxona e ciprofloxacino, e 33,3% (1) a amoxicilina + clavulanato e imipenem.

Das cepas isoladas de *Proteus mirabilis*, 50% (1) apresentaram resistência para amoxicilina + clavulanato, aztreonam, cefepime, ceftazidime, ceftriaxona, ciprofloxacino, imipenem, sulfametoxazol e tetraciclina.

Dos isolados de *Klebsiella pneumoniae*, 100% das cepas (1) apresentaram resistência para ampicilina, aztreonam, cefalexina, cefepime, ceftazidime, ceftriaxona, ciprofloxacino, imipenem e sulfametoxazol. Das cepas de *Klebsiella oxytoca*, 100% (2) foi resistente a ampicilina, cefalexina, cefepime, ceftriaxona e sulfametoxazol, e 50% (1) para amicacina, amoxicilina + clavulanato, aztreonam, ceftazidime, ciprofloxacino e gentamicina.

Gráfico 4 – Perfil de resistência aos antimicrobianos das bactérias Gram-negativas isoladas de UTI adulto de um hospital em Campina Grande-PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

É motivo de preocupação a resistência das cepas de *Enterobacter aerogenes* (33,3%), *Proteus mirabilis* (50%) e *Klebsiella pneumoniae* (100%) ao imipenem, antibiótico da classe dos carbapenêmicos, pois, considerando que, este fármaco constitui importante recurso terapêutico diante da resistência a outros antimicrobianos. O espectro de atividade antimicrobiana do imipenem é mais amplo que a maioria dos beta-lactâmicos, exercendo efeitos em cocos Gram-positivos, bacilos Gram-negativos fermentadores e não-fermentadores, anaeróbios Gram-positivos e Gram-negativos (COSTA *et al*, 2019). O surgimento

de resistência ao imipenem é provável indício de que este antibiótico esteja sendo utilizado excessivamente em situações em que o paciente poderia utilizar outro fármaco.

Chama atenção também a resistência a antibióticos como cefepime (cefalosporina de quarta geração) e amicacina (aminoglicosídeo que seria opção terapêutica para pacientes portadores de bactérias resistentes a beta-lactâmicos como a presente cepa bacteriana). A resistência apresentada ao ciprofloxacino, uma quinolona, também é preocupante, pois poderia ser uma ótima opção terapêutica diante das resistências às penicilinas, cefalosporinas e amicacina, principalmente em casos de pneumonia. As resistências encontradas às penicilinas e cefalosporinas são aceitáveis considerando que muitas dessas bactérias produtoras são produtoras de enzimas de resistência a antibióticos beta-lactâmicos como ESBL e AmpC.

Todas as cepas bacterianas isoladas neste estudo são consideradas multi-resistentes. E, todas as resistências aqui apresentadas ocorrem devido a mutações de genes que são ativados pelas bactérias em resposta ao uso exacerbado de determinado antibiótico, o que gera uma pressão seletiva nas cepas bacterianas de um determinado ambiente hospitalar, ou seja, só sobrevivem naquele ambiente bactérias portadoras de genes de resistência aos antibióticos. (REFERENCIAS)

Lamentavelmente, tal nível de resistência bacteriana ocorre em quase todos os hospitais que não realizam vigilância constante dos antibióticos utilizados na sua rotina e nem monitoramento das infecções hospitalares através de exames microbiológicos (culturas bacterianas e antibiogramas).

Muitos outros estudos também apontam a resistência elevada de microrganismos aos antibióticos utilizados em hospitais. Chuy *et al* (2019), em um hospital em Santa Maria-RS, detectaram resistência em 100% (1) das cepas de *Enterobacter aerogenes* para amoxicilina + ácido clavulânico e ampicilina, enquanto tal resistência também ocorreu neste estudo, porém em 33,3% e 66,6%, respectivamente.

Para as cepas de *Proteus mirabilis*, Nakano *et al* (2019) observaram sua resistência frente à classe de fluoroquinolonas, e constataram seu aumento gradual (13,3-17,5%) desde 2004. Da Mota *et al* (2018) evidenciaram maior resistência de *Klebsiella pneumoniae* à ampicilina

e cefalosporinas, bem como evidenciado neste estudo, em que as cepas apresentaram 100% de resistência para estas classes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), *Klebsiella pneumoniae* está entre as bactérias de prioridade crítica de resistência, o que implica urgência para a produção de novos antibióticos.

Para *K. oxytoca*, os achados de Rodrigues e De Mesquita (2016) são equivalentes ao encontrado neste estudo no que diz respeito à resistência em 100% para cefepime e ceftriaxona.

No presente estudo, dos antibióticos avaliados no antibiograma das bactérias Gram-negativas, gentamicina e tetraciclina foram os fármacos com maior sensibilidade, apresentando resistência de 50% (1) apenas para *K. oxytoca* e *P. mirabilis*, respectivamente. Com base neste perfil, e considerando a resistência à amicacina apenas de *E. aerogenes* em 66,6% (2) e *K. oxytoca* em 50% (1), estes três antimicrobianos, gentamicina, tetraciclina e amicacina, poderiam ser alternativas eficazes contra as bactérias Gram-negativas presentes nesta UTI, lembrando que a ação da tetraciclina não é muito evidenciada sobre bactérias Gram-negativas. Todavia, todas as cepas Gram-negativas apresentaram 100% de resistência a aztreonam, sulfametoxazol, ciprofloxacino e todas as cefalosporinas testadas, exceto as cepas de *P. mirabilis* que demonstraram sensibilidade (50%) à cefalexina.

Os resultados de Marques (2019) também apontam as cefalosporinas como últimas escolhas para o tratamento das infecções, em virtude do perfil de resistência que varia entre 33,3-90%. Neste mesmo estudo, ao associar sulfametoxazol ao trimetoprim, o perfil de resistência encontra-se menor que o desta pesquisa, com 20%.

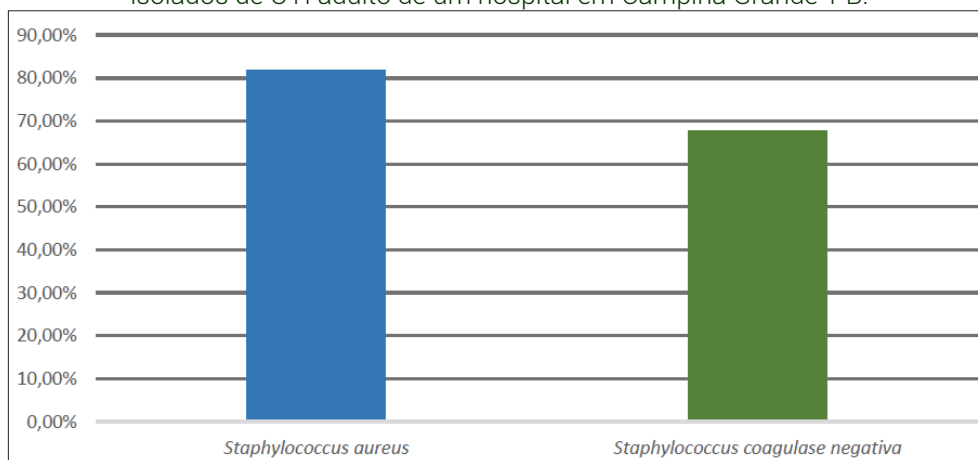
Entretanto, o imipenem, antibiótico que seria habitualmente um excelente escolha terapêutica, encontra-se como opção terapêutica questionável para o tratamento das infecções presentes na UTI adulto deste hospital, visto que os perfis de resistência identificados por todas as cepas Gram-negativas, exceto *Klebsiella oxytoca*, única bactéria sensível a ele, variam entre 33,3, 50 e 100%. O aztreonam, ciprofloxacino, sulfametoxazol e todas as cefalosporinas também são consideradas pouco eficientes para o tratamento de Gram-negativos, tendo perfis de resistência distribuídos entre 50% e 100% a estes antimicrobianos.

Das 76 amostras coletadas, 67 evidenciaram bactérias do gênero *Staphylococcus*. Deste total, 49,25% (33) foram *Staphylococcus*

coagulase positiva (*S. aureus*) e 50,74% (34) *Staphylococcus* coagulase negativa.

De acordo com o Gráfico 5, 81,8% (27) de *S. aureus* foram resistentes à oxacilina, sendo denominados MRSA, enquanto 18,2% (6) foram sensíveis à oxacilina, sendo denominados MSSA. Dos *Staphylococcus* coagulase negativos (SCN), 67,6% (23) foram resistentes à oxacilina, e 32,4% (11) não foram resistentes à oxacilina.

Gráfico 5 - Perfil de resistência à oxacilina de bactérias do gênero *Staphylococcus* isolados de UTI adulto de um hospital em Campina Grande-PB.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Ao identificar isolados de *Staphylococcus* spp. oriundos de superfícies próximas a pacientes em uma UTI de um hospital no sudeste do Brasil, Fernandes *et al* (2020) coletaram 50 amostras e obtiveram 42 isolados, sendo 19 da espécie SCN e 100% (42/42) resistentes à oxacilina, enquanto neste estudo 34 foram SCN e, dos 67 isolados de *Staphylococcus* spp., 74,63% (50) foram resistentes ao antibiótico.

No México, Garcia *et al* (2019) determinaram a resistência à oxacilina de isolados clínicos de *S. aureus* e SCN, e encontraram 11 cepas de *S. aureus*, sendo 81,8% (9) de *S. aureus* resistentes à oxacilina e 18,2% (2) sensíveis, resultado coincidentemente igual ao deste estudo, além de 12 cepas de SCN, sendo 66,6% (8) resistentes à oxacilina e 33,3% (4) sensíveis.

Considerando os dados aqui encontrados, pode-se afirmar que há necessidade de se instituir medidas para controle destas cepas bacterianas tais como: vigilância prospectiva microbiológica para se identificar pacientes colonizados; isolamento dos pacientes colonizados ou infectados; uso de precauções de barreira com luvas e avental; lavagem e antisepsia das mãos da equipe; limpeza cuidadosa dos leitos hospitalares; controle da prescrição de antibióticos de amplo espectro; erradicar o estado de portador de pacientes e dos profissionais de saúde, principalmente os implicados em surtos, bem como a readequação da terapia conforme resultados microbiológicos (GIL *et al*, 2018; LOURENZO *et al*, 2020; RUSSOTTO *et al*, 2015; ANVISA, 2019; EBSERH, 2019).

Em pacientes idosos, independente do gênero/espécie do microrganismo, qualquer infecção adquirida em ambiente hospitalar, notadamente em UTIs, assume grande importância elevando consideravelmente a taxa de mortalidade deste grupo etário (SMITH, *et al*, 1989; WERNER, *et al*, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, e considerando a fragilidade imunológica de pacientes idosos, as suas múltiplas comorbidades bem como o elevado número de pacientes nesta faixa etária em UTIs, faz-se necessário um rigoroso controle dos desinfetantes utilizados nos hospitais, como forma de evitar contaminações cruzadas entre bactérias presentes no ambiente hospitalar e pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, K. S.; SANTOS, D. C. B.; DE AMORIM, M. G. R. Malba Gean Rodrigues; AZEVEDO, D. D. M.; ALVES, E. S. R. C. **Isolamento de Microrganismos multiresistentes em superfícies da UTI de um Hospital Regional no sertão paraibano.** Trabalho apresentado no 54º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2018, Patos – PB.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** Brasília, 2017.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-cov-2). Brasília, 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/ GGTES Nº 01/2019**. Orientações para a notificação nacional das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), Resistência Microbiana (RM) e monitoramento do consumo de antimicrobianos no ano de 2019. Brasília, 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília, 2012.

AVANCINI, C. A. M.; BOTH, J. M. C. Efeito da atividade bactericida de três desinfetantes sobre *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (MRSA). **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 2, p. 85-89, 2017.

CHOWDURY, D.; RAHMAN, A.; HU, H.; JENSEN, S.O.; DEVA, A.K.; VICKERY, K. Effect of disinfectant formulation and organic soil on the efficacy of oxidizing disinfectants against biofilms. **Journal of Hospital Infection**, Londres, v. 103, n. 1, p. 33-41, 2019.

CHUY, G.; TEIXEIRA, M. L. M.; VIZZOTTO, B. S.; DA SILVA, W. L. **Identificação e perfil de resistência aos antimicrobianos de isolados clínicos de enterobactérias em Santa Maria – RS**. In: Anais do 11º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão da UNIPAMPA, Pampa, v. 11, n. 2, 2019.

COSTA, D. M. *et al.* Biofilm contamination of high touched surfaces in intensive care units: epidemiology and potential impacts. **Letters in Applied Microbiology**, Oxford, v. 68, n. 4, p. 269-276, 2019.

COSTA, H; TAMINATO, R. L.; DA SILVA, E. C. **Farmacologia em Mapas Mentais: Antibióticos**. Coleção Farmácia Resumida. 1. ed. Salvador: Sanar Ltda, 2019. 198p.

DA MOTA, F. S.; DE OLIVEIRA, H. A.; SOUTO, R. C. F. Perfil e prevalência de resistência aos antimicrobianos de bactérias Gram-negativas isoladas de pacientes de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 270-277, 2018.

DE SOUZA, M. E.; FERREIRA, H.; ZILLY, A.; DE MATTOS, A. L. A.; PEREIRA, L. S. G.; DA SILVA, R. M. M. Disinfection conditions of inanimate surfaces in intensive therapy units. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 951-956, 2019.

EBSERH. Protocolo: Uso Racional de Antimicrobianos – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – Maceió: Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2019.

GARCIA, A. *et al.* Resistencia a la meticilina y producción de biopelícula en aislamientos clínicos de *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus coagulasa negativa* en México. **Biomédica**, Bogotá, v. 39, n. 3, p. 513-523, 2019.

GARCIA, P. G.; PEREIRA, R. S.; GAMA-DE-OLIVEIRA, L. R.; DE OLIVEIRA, I. S. Bactérias em torneiras de um hospital geral brasileiro. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 29, 2019

GIL, A. C.; BORDIGNON, A. P. P.; DE CASTRO, E. A. R.; CASTRO, S.T.; RAFAEL, R. M. R.; PEREIRA, J. A. A. Avaliação microbiológica de superfícies em terapia intensiva: reflexões sobre as estratégias preventivas de infecções nosocomiais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e26388, 2018.

GRACE, T.; R.N. EMORI; SHAILEN, M.S.; .BANERJEE, N.; .David H.Culver. Nosocomial infections in elderly patients in the United States, 1986–1990. **The american journal of medicine**, V.91, p. 289-293.

LOURENZO, M. A. R.; LIMA, K. C.; ALMEIDA, N. B.; AGUIAR, A. A. Contaminação em superfícies de UTI após limpeza/desinfecção no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Patologia do Tocantins**. Palmas, v. 10, n. 4, p. 27-32, 2020.

MARQUES, L. A. Análise de bacilos Gram-negativos em superfícies inanimadas de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2019.

MODY, L. *et al.* Multidrug-resistant Organisms in Hospitals: What Is on Patient Hands and in Their Rooms? **Clinical Infectious Diseases**, Reino Unido, v. 611, n. 2, p. 22-30, 2019.

MORA, M. *et al.* Microorganisms in confined habitats: microbial monitoring and control of intensive care units, operating rooms, cleanrooms and the international space station. **Frontiers in Microbiology**, Suíça, v. 7, p. 1-20, 2016.

NAKANO, R. *et al.* Prevalence and mechanism of fluoroquinolone resistance in clinical isolates of *Proteus mirabilis* in Japan. **Heliyon**, Estados Unidos, v. 5, n. 3, p. 1-12, 2019.

OON, A.; READING, E.; FERGUSON, J. K.; DANCER, S. J.; MITCHELL, B. G. Measuring environmental contamination in critical care using dilute hydrogen peroxide (DHP) technology: an observational cross-over study. **Infection, Disease & Health**, Austrália, v. 25, n. 2, p. 107-112, mar 2020.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics. Fev. 2017.

PIENIZ, F.; RODRIGUES, R.M., ARNDT, J.F. MELLO, F. Avaliação microbiológica e identificação molecular de isolados de equipamentos e superfícies de contato com alimentos em um hospital Unidade de Alimentação e Nutrição. **Brazilian Journal of Biology**, São Paulo, v. 79, n. 2, p. 2-6, 2018.

RIBEIRO, L. F. *et al.* Microbial Community Profiling in Intensive Care Units Expose Limitations in Current Sanitary Standards. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 7, art. 240, p. 1-14, 2019.

RODRIGUES, F. C. B.; DE MESQUITA, A. R. C. de. Enterobactérias produtoras de beta-lactamase de espectro ampliado (ESBL) em uroculturas de transplantados renais: frequência e perfil de resistência. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 129-132, 2016.

RUSSOTTO, V.; CORTEGIANI, A.; RAINERI, S. M.; GIARRATANO, A. Bacterial contamination of inanimate surfaces and equipment in the intensive care unit. **Journal of Intensive Care**, Cambridge, v. 3, n., p. 1-8, 2015.

SMITH, P. W. Infecções nosocomiais em idosos. *Clínica Doenças Infecciosas América do Norte*, V. 4, p. 797-81, 1989.

VITAL, I. C. A. Projeto de intervenção: estratégias para profilaxia das IRAS relacionado à limpeza e desinfecção do ambiente hospitalar. 2019. 47p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Formação de Educadores em Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

WERNER H, KUNTSCHKE J. Infection in the elderly: what is different? *Gerontol Geriatr* v. 33, p.350-8, 2000.

WISNIEWSKI, G. V.; FIORIN, T. M.; ALVES, I. A. Identificação e avaliação do perfil de resistência de bactérias isoladas da unidade de terapia intensiva de um hospital da região noroeste do Rio Grande do Sul. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 4, n. 1, p. 11-23, 2020.

SÍFILIS ADQUIRIDA EM PESSOAS IDOSAS

ROBERTA MACHADO ALVES

Psicóloga. Especialista em Gerontologia e Saúde Mental. Mestra em Saúde Coletiva – UFRN, psirobertaalves@gmail.com

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

Assistente Social. Especialista em Gerontologia e Saúde Mental, karinacruz_rn@yahoo.com.br

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Enfermeira. Especialista em Cuidados com o Idoso. Mestranda em Saúde da Família/RENASF/UFRN, izabelsnogueira@hotmail.com

RESUMO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são um problema de saúde pública mundial. Entre os mais de 30 patógenos conhecidos por serem transmitidos sexualmente, oito são associados à maior incidência de doenças, sendo quatro deles curáveis (sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase) e os outros quatro incuráveis, no entanto passíveis de tratamento (hepatite B, herpes, HIV e HPV). As ISTs afetam todas as faixas etárias e merecem atenção independentemente da idade, no entanto, boletins epidemiológicos a partir de 2012 realizados pelo Ministério da Saúde apontam um aumento significativo nos casos de sífilis na faixa etária de 50 anos ou mais. O aumento está relacionado principalmente a desinformação dessa faixa etária quanto à saúde sexual e aos possíveis riscos da sífilis, podendo levar a um quadro de demência ou morte em pessoas com idade mais avançada. Dessa forma, esse artigo visa demonstrar os estudos dos últimos dez anos quanto a vulnerabilidade de sífilis. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura onde foram selecionadas publicações (artigos originais, de revisão ou protocolos clínicos) em português ou inglês nas bases de dados MedLine e PubMed, conforme os seguintes descritores: "syphilis" AND "Treponema pallidum" AND "old-aged". Foram incluídas nesta revisão bibliográfica, publicações no período de 2012 a 2022, que apresentaram relação com a temática desenvolvida. Artigos duplicados, não disponíveis na íntegra, fora do período mencionado e que não correspondessem ao tema proposto foram excluídos. Os resultados apontam para relação entre o nível de conhecimento dos idosos quanto às ISTs, em especial a sífilis, e a vulnerabilidade à esta infecção apontando alto risco de coinfeção HIV-sífilis devido ao tempo de vida sexual e da forma pouco segura, baixa utilização de preservativos e poucas informações sobre ISTs por profissionais de saúde. Conclui-se dessa forma que os profissionais de saúde, veículos de comunicação e políticas públicas podem ser efetivamente utilizados como meios informativos voltados para idosos, através de propagandas, cartilhas, grupos de apoio, programas governamentais e debates. Torna-se necessário que estudos epidemiológicos sejam realizados em diferentes regiões, em especial aquelas com maior número de idosos, para que medidas públicas de prevenção sejam frequentemente tomadas a

fim de informar e implementar estratégias que evitem a transmissão e melhorem as práticas de prevenção.

Palavras-chave: Idosos, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Sífilis.

SOLIDÃO E DISTÚRBIOS DO SONO DURANTE A PANDEMIA: UM ESTUDO A NÍVEL EUROPEU

PAULO SILVA

Mestre em Sociologia, especialidade Organizações e Trabalho da Universidade do Minho, psychogabriel1@gmail.com

PAULA M. F. RODRIGUES

Mestre em Sociologia pela Universidade do Minho, pmfrodriques@gmail.com

GINA VOSS

Mestre em Estatística pela Universidade do Minho, gvoss16@gmail.com

ALICE DELERUE MATOS

Doutora em Ciências Sociais – Demografia pela Université Catholique de Louvain – Bélgica, adelerue@ics.uminho.pt

RESUMO

A literatura científica destaca a importância da qualidade do sono para a saúde física e mental e pesquisas recentes revelam que a pandemia de COVID-19 determinou distúrbios do sono. Este estudo tem por objetivo investigar a relação entre a solidão e este tipo de distúrbios nos europeus com 50 ou mais anos, no período pandémico. Neste sentido, foi realizado um estudo transversal, recorrendo a uma análise de regressão logística, com base nos dados do projeto SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, recolhidos em 2021, em 27 países europeus e Israel. Os resultados demonstram que a solidão está associada a distúrbios do sono durante a pandemia, controladas as características demográfico-sociais, económicas e de saúde e o contacto dos indivíduos com a COVID-19, por um lado, e as políticas de confinamento e de saúde, implementadas pelos diversos governos dos países europeus, por outro lado. Tendo em conta estes resultados, recomendam-se medidas que criam oportunidades de interação social dos indivíduos de meia-idade e idade avançada, em contextos de crise que exijam o seu isolamento físico. Tais medidas poderão passar pela criação de linhas telefónicas de apoio, ativação de redes familiares e de proximidade com recurso a suportes digitais e proposta de atividades coletivas em plataformas virtuais.

Palavras-chave: Distúrbios do sono; Solidão; COVID-19; 50 e mais anos; SHARE

1 INTRODUÇÃO

Um sono de qualidade contribui para a saúde física e mental e para o bem-estar dos indivíduos (AILSHIRE; BURGARD, 2012; ARBER et al., 2007). Já os distúrbios do sono podem determinar doenças crônicas e mesmo mortalidade (CHEN; LAUDERDALE; WAITE, 2016), uma vez que se traduzem em níveis elevados de fadiga, deficiente resposta imunitária, maior risco de doenças cardiovasculares e perturbações psiquiátricas e ainda maior probabilidade de ocorrência de acidentes (ANCOLI-ISRAEL; AYALON, 2006; CROWLEY, 2011; MEDIC; WILLE; HEMELS, 2017). Os distúrbios do sono estão ainda associados a dificuldades na tomada de decisão e a menor qualidade de vida (ANCOLI-ISRAEL; AYALON, 2006; CROWLEY, 2011; MEDIC; WILLE; HEMELS, 2017).

Crowley (2011) refere que, com o avançar da idade, os distúrbios do sono, tais como insônia, apneia do sono, síndrome das pernas inquietas e narcolepsia (WOLKOVE et al., 2007; ZDANYS; STEFFENS, 2015) são comuns e, muitas vezes, de magnitude considerável. De facto, existe uma associação positiva entre a idade e os distúrbios do sono (ANCOLI-ISRAEL et al., 1997; VAN DE STRAAT; BUFFEL; BRACKE, 2018). Nos Estados Unidos da América, 50% dos adultos mais velhos reportam pelo menos um distúrbio do sono (FOLEY et al., 1995) e 25% a 35% dos adultos dormem menos de seis horas por noite (CHEN; WAITE; LAUDERDALE, 2015). Além disso, as pessoas mais velhas demoram mais tempo a adormecer e acordam frequentemente, tendo dificuldade em voltar a adormecer (VITIELLO; LARSEN; MOE, 2004). Na população europeia, a prevalência dos distúrbios do sono varia entre 16,6 % na Dinamarca e na Itália e 31,2 % na Polónia (VAN DE STRAAT; BRACKE, 2015).

A qualidade do sono dos adultos mais velhos tem sido associada à solidão, definida usualmente como a discrepância entre as relações sociais reais e as desejadas (CACIOPPO; PATRICK, 2008). Segundo Jacobs et al. (2006), o sono dos indivíduos mais velhos que sofrem de solidão tende a ser menos tranquilo, traduzindo-se em maior fadiga e disfunção durante o dia, ainda que a duração do sono não difira daquela que caracteriza os indivíduos que não sofrem de solidão. Noutro estudo, Hawkey et al. (2010) concluem que os sentimentos de solidão prejudicam a qualidade do sono mas que, por outro lado, os

distúrbios do sono têm um efeito significativo, ainda que reduzido, nos sentimentos de solidão, com agravamento destes sentimentos no dia seguinte ao da noite mal dormida. Um estudo mais recente, em Taiwan, concluiu também que a solidão contribui para distúrbios do sono em idades avançadas (YU et al., 2018).

Os distúrbios do sono estão ainda associados ao género. As mulheres tendem a ser mais afetadas do que os homens por distúrbios do sono. Com efeito, relatam mais frequentemente interrupções do sono (BURGARD, 2011). Por outro lado, experienciam, mais do que os homens, condições que podem determinar sentimentos de solidão, tais como a viuvez (MILLER, 2012), a vida a solo, a institucionalização (MUDRAZIJA; THOMEER; ANGEL, 2015) e a prestação de cuidados a outrem (SHARMA; CHAKRABARTI; GROVER, 2016). A solidão torna-as mais vulneráveis a distúrbios do sono (STONE; LI, 2019). No entanto, este risco de solidão pode ser atenuado pelo facto de desenvolverem ao longo da vida uma rede social de maior dimensão e mais ativa (OKUN; KEITH, 1998).

A escolaridade e as condições económicas também influenciam a qualidade do sono: os indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo e piores condições económicas apresentam maior risco de ter distúrbios do sono (GELLIS et al., 2005).

A saúde física contribui igualmente para a qualidade do sono dos adultos mais velhos (STONE; LI, 2019). Doenças crónicas como a artrite, as doenças cardiovasculares e pulmonares, entre outras, estão associadas negativamente à qualidade do sono (NGUYEN et al., 2011; QUINTANA et al., 2008; STEPNOWSKY; ANCOLI-ISRAEL, 2008).

Mais recentemente, a literatura científica destaca a pandemia de COVID-19, com as consequentes restrições implementadas pelos governos, como determinante direta e indireta de distúrbios do sono. Assim, um estudo realizado na China por Huang e Zhao (2020) refere que a ansiedade, a depressão e os problemas do sono aumentaram durante a pandemia de COVID-

A redução dos contactos sociais está associada a alterações dos estados psicoemocionais que se traduzem em distúrbios do sono, nervosismo e frustração (KOROŁEVA et al., 2021). Nesse mesmo estudo, cerca de um quinto dos inquiridos com mais de 50 anos, experienciou problemas de saúde mental em consequência da pandemia de COVID-19 e 44% experienciaram algum tipo de distúrbio do sono. Casagrande

et al. (2020), por sua vez, afirmam que 57,1% das pessoas viram a qualidade do seu sono afetada pela pandemia.

Tendo em conta a associação entre solidão e distúrbios de sono em contextos não pandémicos, por um lado, e o impacto da pandemia neste tipo de distúrbios, por outro lado, visa-se nesta pesquisa analisar a relação entre a solidão e os distúrbios do sono dos europeus de 50 e mais anos, no contexto específico da pandemia de COVID-19.

2 METODOLOGIA

2.1 População

Este estudo utiliza dados do projeto SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, vaga 9 Corona 2 (versão 0) e ainda dados da vaga 8 (versão 1.0.0), vaga 7 (versão 7.1.1) e vaga 6 (versão 7.1.0) para duas variáveis de controlo: *a escolaridade* e *os problemas do sono antes da pandemia*. O SHARE é um projeto multidisciplinar, longitudinal e transnacional que fornece dados sobre a saúde, o estatuto socioeconómico e as redes sociais e familiares de mais de 140 mil indivíduos com 50 anos ou mais, de 27 países europeus e Israel.

Este projeto tem por população-alvo os indivíduos de 50 e mais anos, com domicílio regular num país europeu ou em Israel. Recolhe informação de amostras representativas desta população, de cada um dos países participantes, através de entrevistas presenciais assistidas por computador (CAPI). Durante a pandemia, a informação foi recolhida telefonicamente (CATI). As entrevistas a representantes são permitidas quando os inquiridos não têm condições de saúde que lhes permitam participar no projeto. Para mais detalhes metodológicos, consultar Bergmann, Scherpenzeel e Börsch-Supan (eds.), 2019; Börsch-Supan, 2022a, 2022b, 2022c, 2022d; Börsch-Supan et al., 2013; Scherpenzeel et al., 2020.

Este estudo incide sobre uma amostra total de 47155 respondentes de 50 e mais anos, distribuídos do seguinte modo pelos países participantes: Áustria (N=2219), Alemanha (N=1967), Suécia (N=955), Países Baixos (N=709), Espanha (N=1677), Itália (N=3206), França (N=1814), Dinamarca (N=1554), Grécia (N=3242), Suíça (N=1682), Bélgica (N=3397), Israel (N=1184), República Checa (N=2063), Polónia (N=2698), Luxemburgo (N=826), Hungria (N=826), Portugal (N=997),

Eslovénia (N=2841), Estónia (N=3944), Croácia (N=1821), Lituânia (N=1211), Bulgária (N=644), Chipre (N=608), Finlândia (N=1282), Látvia (N=893), Malta (N=617), Roménia (N=1394) e Eslováquia (N=884).

2.2. Variáveis

2.2.1 Variável dependente

A variável dependente é a variável "*sofrer de distúrbios do sono*" e resulta da resposta à seguinte pergunta: "recentemente, teve dificuldades em dormir?". Os indivíduos que responderam "ter tido dificuldades em dormir ou mudança recente do padrão do sono" foram considerados no grupo "com distúrbios do sono" e os indivíduos que responderam "não ter tido dificuldades em dormir" foram considerados no grupo "sem distúrbios do sono".

2.2.2 Variável de interesse

A variável de interesse é a variável *solidão* e foi obtida a partir da resposta à pergunta: "com que frequência se sente sozinho(a)?". Os entrevistados que responderam "frequentemente" foram considerados indivíduos que sofrem de solidão enquanto que os que responderam ter experienciado solidão "algumas vezes" ou "quase nunca ou nunca" foram considerados no grupo dos que não sofrem de solidão.

2.2.3 Variáveis de controlo

O modelo de análise compreende as seguintes variáveis de controlo de nível individual: *idade*, *género* (masculino/feminino), *escolaridade*, *situação económica*, *saúde física autorreportada*, *número de doenças crónicas*, *ansiedade*, *depressão*, *contacto próximo com a COVID-19* e *distúrbios do sono no período pré-pandemia*. Integra ainda as seguintes variáveis de controlo ao nível dos países: o *índice de contenção* e o *índice de saúde* do Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT),

A *escolaridade* foi categorizada de acordo com a Classificação Internacional Normalizada da Educação - ISCED-97 e agregada em três categorias: ensino primário ou inferior, ensino secundário e ensino

pós-secundário. No questionário SHARE vaga 9 Corona 2, os respondentes não foram inquiridos sobre o nível de escolaridade pelo que esta informação foi retirada da base de dados das vagas 6, 7 e 8. A *situação económica* traduz a autoperceção do stress financeiro obtida a partir da pergunta "diria que o dinheiro chegou até ao fim do mês com grande dificuldade, com alguma dificuldade, com alguma facilidade ou facilmente?". Os indivíduos que responderam ter conseguido gerir os seus rendimentos com "grande dificuldade" ou "alguma dificuldade" foram classificados como indivíduos "com stress financeiro" e aqueles que responderam que o fizeram com "bastante facilidade" ou "facilmente" foram classificados "sem stress financeiro". A informação sobre a *saúde física* resulta de exercício de autoavaliação dos entrevistados e varia entre 1 (fraca) e 5 (excelente). Estes foram também questionados sobre o *número de doenças crónicas*. Esta variável assume valores num intervalo de 0 a 7 doenças. A *ansiedade* foi avaliada através da resposta à pergunta: "no último mês, o(a) senhor(a) sentiu-se nervoso(a), ansioso(a) ou apreensivo(a)?" Os indivíduos que responderam afirmativamente à pergunta anterior foram considerados indivíduos que sofrem de ansiedade. De modo semelhante, foram considerados com sintomatologia depressiva os indivíduos que responderam afirmativamente à seguinte questão: "no último mês, sentiu-se triste ou deprimido(a)?" A variável *contacto próximo com a COVID-19* traduz a contração da doença COVID-19 ou o contacto com alguém que teve sintomas, testou positivo, foi hospitalizado ou faleceu de COVID-19. Considerou-se "sem contacto próximo com a COVID-19" os indivíduos que não experienciaram nenhuma das condições mencionadas. Ao invés, a vivência de pelo menos uma das condições descritas determinou a consideração do indivíduo no grupo daqueles que tiveram contacto próximo com a COVID-19. Finalmente, ainda a nível individual, foi controlada a eventual existência de distúrbios do sono anteriores à pandemia. Para o efeito, consultou-se a informação prestada pelo respondente nas vagas 6, 7 e 8 que antecederam a pandemia.

O modelo de análise integra ainda dois indicadores de nível macro, ou seja, que assumem o mesmo valor para todos os indivíduos de um mesmo país: o índice de contenção e o índice de políticas do sistema de saúde. O primeiro (*índice de contenção*) está relacionado com as medidas de restrição, implementadas pelos governos de cada um dos países que participam no projeto, no controlo da pandemia (encerramento

de escolas e locais de trabalho, cancelamento de eventos públicos, restrições de reuniões, encerramento de transportes públicos, obrigatoriedade de permanência em casa, restrições à circulação no país e controlo de viagens internacionais). Já o segundo indicador, o *índice de políticas do sistema de saúde* é um constructo que utiliza seis sub-indicadores de políticas (campanhas de informação pública, política de testes, extensão do rastreio de contactos, requisitos para o uso de máscaras, diretrizes para a entrega de vacinas a diferentes grupos e procedimentos para a proteção de adultos mais velhos). Os dois indicadores mencionados resultam da desagregação do índice original de Oxford (HALE et al., 2020), designado “índice de contenção e saúde”. Consideraram-se no modelo de análise as médias de cada um dos índices no período de 31 de julho de 2020 a 31 de julho de 2021, calculadas pelos autores para cada um dos países considerados.

2.3. Técnicas de análise dos dados

Na caracterização da população deste estudo recorreu-se à análise estatística univariada, com ponderação dos resultados individuais, uma vez que o projeto SHARE não tem um desenho amostral uniforme. Para avaliar as diferenças entre os grupos de indivíduos com e sem solidão realizaram-se testes estatísticos de t-student e qui-quadrado (χ^2). Para complementar esta análise, calculou-se o tamanho do efeito (Cohen's d e Phi). Apresentam-se ainda os intervalos de confiança (IC) dos resultados.

A fim de avaliar a associação entre a solidão e os distúrbios do sono, foi realizada uma regressão logística. Para determinar até que ponto a variância dos distúrbios do sono pode ser explicada por diferenças entre os países ou, por outras palavras, para avaliar a necessidade de recurso a modelos multiníveis, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) do modelo nulo. Este coeficiente assumiu o valor de 4,2%, inferior ao ponto de corte recomendado de 5%. Perante este resultado não se recorreu à modelação multinível (LEBRETON; SENTER, 2008). O modelo de regressão logística foi ajustado para a idade, o género, a escolaridade, o stress financeiro, a saúde física autorreportada, o número de doenças crónicas, a ansiedade, a depressão, a proximidade de contacto com a COVID-19, os distúrbios do sono antes da pandemia, os índices de contenção e saúde e a

variável de interesse do modelo: a solidão. Apresenta-se a razão de probabilidades (Odd Ratios - OR), os intervalos de confiança (IC) de 95% e a significância (em que p-valores inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software R, versão 4.0.2, e IBM SPSS Statistics 27.

3. RESULTADOS

Na tabela 1, coluna 1, apresentam-se as características da população deste estudo. A média de idades dos respondentes é de 66,47 anos (dp = 10,03) e as mulheres representam 54,33% da amostra. No que diz respeito à escolaridade, 32,99%, 39,21% e 27,80% têm a escolaridade básica, secundária e pós-secundária, respetivamente. 28,66% dos entrevistados reportam ter stress financeiro. O valor médio de saúde física autorreportada é de 2,83 (dp = 0,97), numa escala de 1 a 5 pontos, e a média de doenças crónicas é de 1,24 (dp = 1,11). Salienta-se que 32,16% demonstra ansiedade e 30,46% apresenta depressão. Até 31 de Julho de 2021, 45,65% dos europeus de 50+ anos tiveram contacto com a COVID-19 e 1,85% dos respondentes referiu sofrer de distúrbios do sono antes da pandemia COVID-19. Os índices de contenção e de saúde apresentaram valores médios de 59,00 (dp = 7,61) e 70,82 (dp = 7,49), respetivamente.

Quando se comparam os indivíduos que sofrem de solidão (tabela 1, coluna 3) com os que não sofrem este fenómeno (tabela 1, coluna 2), constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, para todas as variáveis consideradas. As pessoas que se sentem sós são mais velhas (70,73 anos; dp = 11,28), têm menor escolaridade (81,33%, secundário, no máximo) e referem mais stress financeiro (50,90%). No que diz respeito à saúde física e às doenças crónicas, os indivíduos com solidão reportam pior saúde física e maior número de doenças crónicas (2,10/dp = 0,93 e 1,79/dp = 1,25, respetivamente).

Os indivíduos com solidão reportam níveis muito mais elevados de ansiedade e depressão (68,56% e 78,65%, respetivamente) do que os indivíduos sem solidão. No entanto, os indivíduos com solidão relatam ter tido menos contacto com a COVID-19 (40,01%) do que as pessoas sem solidão. Os distúrbios do sono no período pré-pandemia atingem sobretudo as pessoas que sofrem de solidão (50,71%). Finalmente,

os índices de contenção e de saúde têm médias mais elevadas no grupo dos indivíduos com solidão (59,53/dp = 7,90 e 72,29/dp = 7,61, respetivamente).

O tamanho do efeito é considerado médio para a saúde física autorreportada e para as doenças crónicas (Cohen's d = 0,759 e -0,568, respetivamente). Já para a idade, ansiedade e depressão é considerado baixo (Cohen's d = -0,473; Phi = -0,226 e 0,298, respetivamente). As restantes variáveis possuem um tamanho de efeito insignificante.

Tabela 1 - Características da população-alvo e comparação dos grupos de indivíduos com e sem solidão

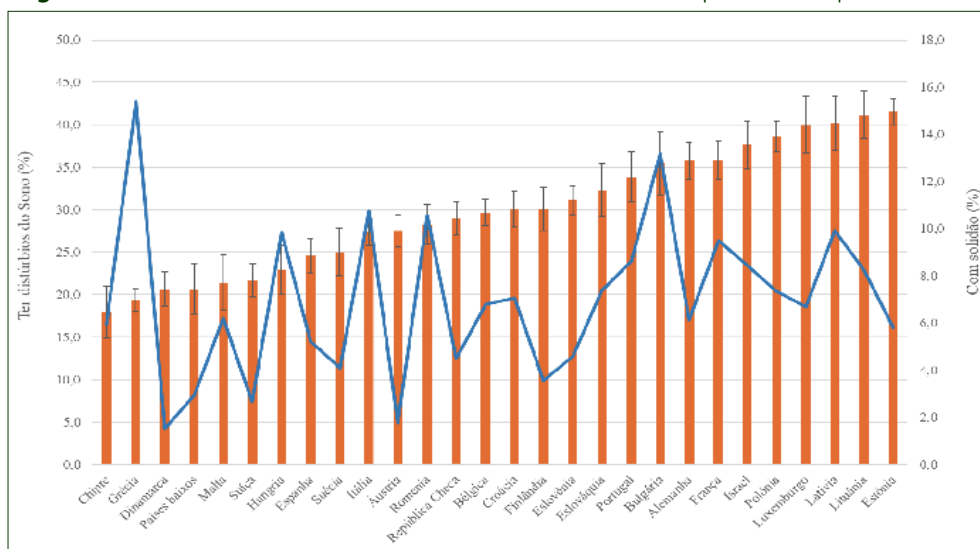
	Total	Sem solidão (N = 43301)	Com solidão (N = 3434)	t/z ^t	p-value	Cohen's d / phi	IC 95%
Feminino (%)	54,33	53,22	67,91	355,846	<0,001	0,087	0,078 - 0,096
Idade, média (DP)	66,47 (10,03)	66,12 (9,84)	70,73 (11,28)	-24,768	<0,001	-0,473	-0,508 - -0,438
Escolaridade (%)							
Primário ou menos	32,99	31,76	47,38	462,353	<0,001	0,099	0,090 - 0,108
Secundário	39,21	39,66	33,95				
Pós-secundário	27,80	28,58	18,67				
Stress financeiro (sim) (%)	28,66	26,86	50,90	1030,203	<0,001	0,148	0,139 - 0,157
Saúde física auto-reportada, média (DP)	2,83 (0,97)	2,89 (0,95)	2,10 (0,93)	44,247	<0,001	0,759	0,723 - 0,794
Número de doenças crónicas, média (DP)	1,24 (1,11)	1,19 (1,08)	1,79 (1,25)	-28,883	<0,001	-0,568	-0,603 - -0,533
Ansiedade (sim) (%)	32,16	29,18	68,56	2385,922	<0,001	0,226	0,217 - 0,235
Depressão (sim) (%)	30,46	26,50	78,65	4146,224	<0,001	0,298	0,289 - 0,306
Contacto próximo com o COVID (sim) (%)	45,53	45,98	40,01	14,083	<0,001	0,017	0,008 - 0,026
Distúrbios do sono antes da pandemia (sim) (%)	35,42	34,12	50,71	370,881	<0,001	0,089	0,080 - 0,098
Índice de contenção, média (DP)	59,00 (7,61)	58,95 (7,59)	59,53 (7,90)	-9,454	<0,001	-0,173	-0,208 - -0,138
Índice de saúde, média (DP)	70,82 (7,51)	70,70 (7,19)	72,29 (7,61)	-10,683	<0,001	-0,195	-0,230 - -0,160

Fonte: SHARE vaga 9, corona, versão 0. Dados ponderados. Notas: Testes para comparação de dois grupos (i.e., teste T para amostras independentes (t); testes qui-quadrado (χ^2)); Testes para tamanho do efeito: Cohen's d: efeito baixo ($\geq 0,20$); efeito médio ($\geq 0,50$); efeito alto ($\geq 0,80$); Phi: efeito baixo ($\geq 0,10$); efeito médio ($\geq 0,30$); efeito alto ($\geq 0,50$)

A figura 1 representa a prevalência dos distúrbios do sono e da solidão nos diferentes países europeus e em Israel. Concluiu-se que, entre 31 de julho de 2020 e a mesma data de 2021, a prevalência de distúrbios do sono foi mais elevada na Estónia (41,56%), Lituânia (41,16%) e Letónia (40,19%). Os países com menor prevalência deste tipo de distúrbios foram o Chipre (17,95%), Grécia (19,41%) e Dinamarca (20,69%).

No que diz respeito à solidão, os países com maior número de pessoas que se sentem sós são a Grécia (15,41%), Bulgária (13,19%) e Itália (10,79%), enquanto que os países que registam as menores prevalências de solidão são a Dinamarca (1,52%), Áustria (1,77%) e Suíça (2,65%).

Figura 1. Prevalência dos distúrbios do sono e solidão nos países europeus e Israel



Fonte: SHARE vaga 9, corona, versão 0. Dados ponderados.

Os resultados da regressão logística (tabela 2) evidenciam a associação significativa entre a solidão e os distúrbios do sono (OR = 1,70; $p < 0,001$). Mais concretamente, os adultos de 50+ anos que se sentem sós têm 70% mais chances de ter distúrbios do sono do que os que não sofrem de solidão, quando controladas todas as restantes variáveis incluídas no modelo de análise.

O género está também associado aos distúrbios do sono (OR = 1,30; $p < 0,001$). Ser mulher aumenta em 30% as chances de apresentar distúrbios do sono. Já a idade, a escolaridade e o stress financeiro não estão associados aos distúrbios do sono, quando controladas todas as demais variáveis.

No que respeita à saúde física, constata-se que, por cada valor a mais de saúde física (ou seja, melhor saúde física), as chances de ter distúrbios do sono diminuem 27% (OR = 0,73; $p < 0,001$). Por outro lado, por cada doença crónica a mais, as chances de ter distúrbios do sono aumentam 16% (OR = 1,16; $p < 0,001$).

Também a ansiedade e a depressão estão associadas aos distúrbios do sono (OR = 1,96; $p < 0,001$; OR = 1,89; $p < 0,001$, respetivamente). Indivíduos com ansiedade têm 96% mais chances de terem distúrbios do sono e os indivíduos com depressão têm 89% mais chances de sofrerem este tipo de problemas.

O contacto próximo com a COVID-19 e a existência de distúrbios do sono antes da pandemia também estão associados a distúrbios do sono durante a pandemia. De facto, ter tido contacto próximo com a COVID-19 (OR = 1,17; $p < 0,001$) e ter tido distúrbios do sono antes da pandemia (OR = 3,91; $p < 0,001$) estão associados a mais chances dos indivíduos experienciarem distúrbios do sono durante a pandemia.

Finalmente, os índices de contenção e de saúde estão igualmente associados aos distúrbios do sono (OR = 0,92; $p < 0,001$ e OR = 0,92; $p < 0,001$, respetivamente). Com efeito, por cada valor a mais em qualquer um dos índices, as chances dos indivíduos apresentarem distúrbios do sono reduzem-se em 8%.

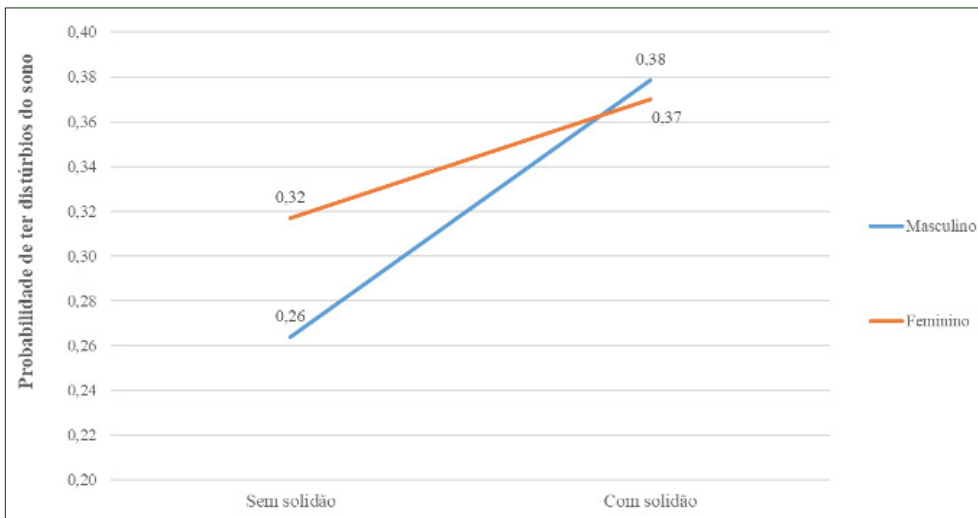
Tabela 2. Modelos de regressão logística para distúrbios do sono.

	Model 1			Model 2			Model 3		
	OR	CI 95%	<i>p</i>	OR	CI 95%	<i>p</i>	OR	CI 95%	<i>p</i>
(Interceção)	0,47	0,46 - 0,48	<0,001	0,12	0,11 - 0,13	<0,001	0,12	0,11 - 0,13	<0,001
Género (feminino)				1,28	1,22 - 1,35	<0,001	1,30	1,23 - 1,37	<0,001
Idade				0,99	0,97 - 1,02	0,899	0,99	0,96 - 1,02	0,451
Escolaridade									
Primário (ref.)									
Secundário				1,01	0,95 - 1,08	0,659	1,02	0,96 - 1,08	0,563
Pós-secundário				1,06	0,99 - 1,13	0,071	1,06	1,00 - 1,14	0,068
Stress financeiro (sim)				1,04	0,99 - 1,10	0,151	1,02	0,97 - 1,08	0,152
Saúde física autorreportada				0,73	0,71 - 0,75	<0,001	0,75	0,71 - 0,76	<0,001
Número de doenças crónicas				1,16	1,13 - 1,19	<0,001	1,16	1,13 - 1,19	<0,001
Ansiedade (sim)				1,98	1,87 - 2,10	<0,001	1,96	1,85 - 2,07	<0,001
Depressão (sim)				1,95	1,84 - 2,07	<0,001	1,89	1,78 - 2,00	<0,001
Contacto próximo com o COVID (sim)				1,17	1,11 - 1,22	<0,001	1,17	1,12 - 1,23	<0,001
Distúrbios do sono antes da pandemia (sim)				3,90	3,72 - 4,10	<0,001	3,91	3,72 - 4,10	<0,001
Índice de contenção				0,93	0,90 - 0,95	<0,001	0,92	0,90 - 0,95	<0,001
Índice de saúde				0,93	0,90 - 0,96	<0,001	0,92	0,89 - 0,95	<0,001
Solidão (sim)							1,70	1,43 - 2,02	<0,001
Interação (Feminino*Solidão)							0,75	0,61 - 0,91	0,004
AIC	58781			39475			39280		
Number of observations	46915			39241			39146		

Dados não ponderados. Fonte: SHARE vaga 9, corona, versão 0. Notas: OR razão de probabilidades; IC Intervalo de confiança; *p* p-valor. P-valores significativos estão em negrito ($p < 0,05$).

Ainda na tabela 2, o modelo 3 considera a interação entre a solidão e o género e evidencia o facto desta interação ser significativa em relação aos distúrbios do sono (OR = 0,75; $p = 0,004$). Tanto para o género feminino como masculino, as chances dos indivíduos apresentarem distúrbios do sono são mais elevadas no grupo que sofre de solidão, quando comparado com o grupo que não sofre este fenómeno. A probabilidade de apresentar distúrbios do sono difere significativamente em função do género, no grupo que não sofre de solidão (figura 2). Com efeito, as mulheres apresentam maior probabilidade de apresentarem distúrbios do sono do que os homens (32% e 26%, respetivamente). Já no grupo que sofre de solidão, a probabilidade de apresentar distúrbios do sono não varia significativamente em função do género (M:37% e H:38%).

Figura 2. Interação entre género e solidão.



Fonte: SHARE vaga 9, corona, versão 0. Dados não ponderados.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que a solidão desempenha um papel importante nos distúrbios do sono: as pessoas que se sentem sós apresentam 70% mais chances de sofrerem de distúrbios do sono do que as pessoas sem solidão. Estes resultados vão

ao encontro das conclusões de trabalhos anteriores (CHO et al., 2019; GROSSMAN et al., 2021; SHANKAR, 2020).

Em relação ao género, confirma-se que as mulheres são mais propensas a distúrbios do sono do que os homens (27% mais chances). Este resultado não surpreende visto que outros estudos já tinham evidenciado o facto das mulheres serem mais afetadas por distúrbios do sono, antes e durante a pandemia de COVID-19, relatando interrupções do sono com maior frequência do que os homens (BURGARD, 2011; GARCÍA-PRADO; GONZÁLEZ; REBOLLO-SANZ, 2022; MANDELKORN et al., 2021; PINTO et al., 2020).

A análise da interação entre género e solidão permite concluir que, no grupo de indivíduos que não sofre de solidão, as mulheres têm mais chances de terem distúrbios do sono do que os homens. Já no grupo que sofre de solidão, não existem diferenças de género significativas relativamente a distúrbios do sono.

Alguns estudos associam os distúrbios do sono à idade (CROWLEY, 2011; VAN DE STRAAT; BRACKE, 2015; VAN DE STRAAT; BUFFEL; BRACKE, 2018; VITIELLO; LARSEN; MOE, 2004), concluindo que as dificuldades em dormir se intensificam à medida que os indivíduos envelhecem (ANCOLI-ISRAEL et al., 1997; VAN DE STRAAT; BUFFEL; BRACKE, 2018). Contudo, os nossos resultados não mostram qualquer associação entre a idade e os distúrbios do sono, quando controladas outras variáveis, usualmente associadas aos distúrbios do sono.

Gellis et al. (2005) concluem que a baixa escolaridade está associada a menor qualidade do sono. No entanto, neste estudo não se encontrou nenhuma associação entre a escolaridade e os distúrbios do sono. De acordo com a literatura, as condições socioeconómicas também estão associadas aos distúrbios do sono (VAN DE STRAAT et al., 2020) e o stress financeiro está significativamente correlacionado com perturbações do sono em adultos mais velhos (HALL et al., 2008). Mas, os nossos resultados não corroboram a literatura uma vez que não foi encontrada associação entre o stress financeiro e os distúrbios do sono quando controladas todas as covariáveis mencionadas.

Neste estudo concluiu-se que a saúde física está relacionada com distúrbios do sono: as pessoas que autorreportam uma boa saúde física, dormem melhor. Mais concretamente, têm 27% mais chances de não sofrerem de distúrbios do sono. Estes resultados estão de

acordo com os de Stone & Li (2019) que concluíram que piores condições de saúde física contribuem para um sono de menor qualidade nos adultos mais velhos. Os indivíduos que apresentam maior número de doenças crónicas apresentam mais dificuldades em dormir (16% mais chances de terem distúrbios do sono), provavelmente devido à dor e/ou às dificuldades respiratórias muitas vezes associadas à presença de determinadas doenças crónicas (SHILLINGTON et al., 2021). Este resultado está de acordo com a literatura que aponta no sentido das doenças crónicas afetarem negativamente a qualidade do sono (NGUYEN et al., 2011; QUINTANA et al., 2008; STEPNOWSKY; ANCOLI-ISRAEL, 2008).

Concluiu-se ainda que os indivíduos com ansiedade ou depressão têm 96% e 89% mais chances de terem problemas do sono, respetivamente. Vários estudos chegam a idêntica conclusão: os distúrbios do sono estão associados a níveis mais elevados de sofrimento psicológico (incluindo depressão e ansiedade) (ALIMORADI et al., 2021; BÄUERLE et al., 2020; MANDELKORN et al., 2021; SHILLINGTON et al., 2021).

Quem teve contacto próximo com a COVID-19, quer tenha contraído ou não a doença, também apresenta menor qualidade do sono (17% mais chances de ter distúrbios) o que está de acordo com parte do estudo de Jahrami et al., (2021) que refere que as pessoas que estiveram infetadas manifestaram mais distúrbios do sono.

Os distúrbios do sono durante a pandemia estão ainda associados a distúrbios do sono pré-pandemia. Pessoas que sofriam deste tipo de problemas antes da pandemia têm quase três vezes mais chances de terem distúrbios do sono durante a pandemia. Não encontramos nenhum estudo que avaliasse esta relação pelo que, tanto quanto sabemos, este é o primeiro trabalho que controla os distúrbios do sono antes da pandemia. Esta pode ser a razão pela qual alguns dos nossos resultados divergem de estudos existentes.

As políticas de contenção e de saúde contribuíram para a redução dos distúrbios do sono, ou seja, uma vez controladas as características sociodemográficas, económicas, de saúde e o contacto próximo dos indivíduos com a COVID-19, quanto mais medidas de contenção e de saúde, menos distúrbios do sono. Uma explicação possível para este resultado é que estas políticas podem ter conferido sentimentos

de segurança e proteção contra a COVID-19, reduzindo os distúrbios do sono. Portanto, embora a pandemia tenha intensificado este tipo de distúrbios e afetado a saúde mental (BÄUERLE et al., 2020; HUANG; ZHAO, 2020; KOROLJEVA et al., 2021), as políticas que protegeram a população reduziram as chances das pessoas com 50+ anos reportarem distúrbios do sono. Estes resultados opõem-se aos de outro estudo realizado também com base em dados do projeto SHARE (GARCÍA-PRADO; GONZÁLEZ; REBOLLO-SANZ, 2022), que concluiu que as políticas de contenção agravaram os distúrbios do sono. No entanto, as covariáveis utilizadas nesse estudo são distintas das covariáveis desta pesquisa e o índice de saúde não foi considerado no trabalho citado.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal pelo que não se pode assumir causalidade. O indicador relativo aos distúrbios do sono é de teor subjetivo, isto é, baseia-se na resposta a uma única questão sobre a percepção dos respondentes acerca da qualidade do sono e não se apoia em testes que avaliam objetivamente o fenómeno. Outra das limitações deste estudo é o facto de, no inquérito SHARE 9 Corona 2, não existir uma questão sobre a escolaridade dos entrevistados. No entanto, sendo esta variável considerada estável em populações com 50+ anos, obteve-se esta informação recorrendo a vagas anteriores do projeto.

Este trabalho apresenta também pontos fortes. Em primeiro lugar, permite a generalização dos resultados uma vez que se baseia numa amostra representativa da população europeia e israelita. Em segundo lugar, inova ao introduzir nos modelos de regressão os índices de contenção e de saúde, implementados pelos governos durante a pandemia, assim como os distúrbios do sono pré-pandemia e o contato próximo com a COVID-19, como variáveis de controlo.

Considerando a associação entre solidão e distúrbios do sono em adultos de 50+ anos, é importante implementar medidas que mitiguem ou previnam a solidão, em especial em situações de crise. O recurso a plataformas digitais pode ajudar a combater a solidão numa situação de confinamento ao domicílio, se as pessoas mais velhas dispuserem de competências que lhes permitam utilizá-las. Assim, a formação dos adultos mais velhos em tecnologias de comunicação é crucial para a aquisição de literacia digital. As plataformas virtuais podem ser

utilizadas para incentivar a prática de exercício físico que, para além de reduzir o sentimento de solidão, pode ter um efeito positivo sobre a saúde física e psicológica, diminuindo o stress, os níveis de ansiedade e os sintomas de depressão. As plataformas virtuais podem ainda ser utilizadas com outros objetivos, tais como debates, encontros de teor religioso, de apoio psicológico, de treino cognitivo, etc. A criação de linhas telefónicas de apoio e a ativação das redes familiares e de proximidade, com recurso a suportes digitais, também são medidas que podem ter um impacto importante na redução da solidão das pessoas mais velhas sobretudo em contextos que obriguem a confinamento no domicílio.

REFERÊNCIAS

AILSHIRE, J. A.; BURGARD, S. A. Family Relationships and Troubled Sleep among U.S. Adults: Examining the Influences of Contact Frequency and Relationship Quality. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 53, n. 2, p. 248–262, 2012.

ALIMORADI, Z. et al. Sleep problems during COVID-19 pandemic and its' association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. **EclinicalMedicine**, v. 36, 1 jun. 2021.

ANCOLI-ISRAEL, S. et al. Identification and treatment of sleep problems in the elderly. **Sleep Medicine Reviews**, v. 1, n. 1, p. 3–17, 1997.

ANCOLI-ISRAEL, S.; AYALON, L. Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 95–103, 2006.

ARBER, S. et al. Gender roles and women's sleep in mid and later life: A quantitative approach. **Sociological Research Online**, v. 12, n. 5, p. 1–18, 2007.

BÄUERLE, A. et al. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Germany. **Journal of Public Health (United Kingdom)**, v. 42, n. 4, p. 672–678, 2020.

BERGMANN, M.; SCHERPENZEEL, A.; BÖRSCH-SUPAN (EDS.), A. **SHARE Wave 7 Methodology: Panel Innovations and Life Histories.** [s.l: s.n.].

BÖRSCH-SUPAN, A. et al. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **International Journal of Epidemiology**, v. 42, n. 4, p. 992–1001, 1 ago. 2013.

BÖRSCH-SUPAN, A. **Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9. COVID-19 Survey 2. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.share-project.org/special-data-sets/share-corona-survey-2.html>>. Acesso em: 27 jun. 2022a.

BÖRSCH-SUPAN, A. **Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set.** [s.l: s.n.].

BÖRSCH-SUPAN, A. **Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set.** [s.l: s.n.].

BÖRSCH-SUPAN, A. **Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set.** [s.l: s.n.].

BURGARD, S. A. The needs of others: Gender and sleep interruptions for caregivers. **Social Forces**, v. 89, n. 4, p. 1189–1215, 2011.

CACIOPPO, J.; PATRICK, W. **Loneliness - Human Nature and the Need for Social Connection.** [s.l: s.n.].

CASAGRANDE, M. et al. The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. **Sleep Medicine**, v. 75, p. 12–20, 2020.

CHEN, J. H.; LAUDERDALE, D. S.; WAITE, L. J. Social participation and older adults' sleep. **Social Science and Medicine**, v. 149, p. 164–173, 2016.

CHEN, J. H.; WAITE, L. J.; LAUDERDALE, D. S. Marriage, relationship quality, and sleep among U.S. older adults. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 56, n. 3, p. 356–377, 2015.

CHO, J. H. J. et al. Associations of objective versus subjective social isolation with sleep disturbance, depression, and fatigue in community-dwelling older adults. **Aging and Mental Health**, v. 23, n. 9, p. 1130–1138, 2019.

CROWLEY, K. Sleep and sleep disorders in older adults. **Neuropsychology Review**, v. 21, n. 1, p. 41– 53, 2011.

FOLEY, D. J. et al. Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. **Sleep**, v. 18, n. 6, p. 425–432, 1995.

GARCÍA-PRADO, A.; GONZÁLEZ, P.; REBOLLO-SANZ, Y. F. Lockdown strictness and mental health effects among older populations in Europe. **Economics and Human Biology**, v. 45, n. September 2021, 2022.

GELLIS, L. A. et al. Socioeconomic status and insomnia. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 114, n. 1, p. 111–118, 2005.

GROSSMAN, E. S. et al. **COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. Personality and Individual Differences**, 2021.

HALE, T. et al. **Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government.**

HALL, M. et al. Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. **Biological Psychology**, v. 77, n. 2, p. 217–222, fev. 2008.

HAWKLEY, L. C.; PREACHER, K. J.; CACIOPPO, J. T. Loneliness Impairs Daytime Functioning but Not Sleep Duration. **Health Psychology**, v. 29, n. 2, p. 124–129, 2010.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**, v. 288, n. April, p. 112954, 2020.

JACOBS, J. M. et al. Global sleep satisfaction of older people: The Jerusalem cohort study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 2, p. 325–329, 2006.

JAHRAMI, H. et al. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 17, n. 2, p. 299–313, 2021.

KOROŁEVA, I. et al. Effects of Social Isolation on Mental Health During Covid-19 in the Context of Ageing. **Society, Integration, Education. Proceedings of the International Scientific Conference**, v. 6, p. 118–132, 2021.

LEBRETON, J. M.; SENTER, J. L. Answers to 20 questions about interrater reliability and interrater agreement. **Organizational Research Methods**, v. 11, n. 4, p. 815–852, 2008.

MANDELKORN, U. et al. Escalation of sleep disturbances amid the COVID-19 pandemic: A cross-sectional international study. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 17, n. 1, p. 45–53, 2021.

MEDIC, G.; WILLE, M.; HEMELS, M. E. Nature and Science of Sleep Short- and long-term health consequences of sleep disruption. 2017.

MILLER, M. D. Complicated grief in late life. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 14, n. 2, p. 195–202, 2012.

MUDRAZIJA, S.; THOMEER, M. B.; ANGEL, J. L. Gender Differences in Institutional Long-Term Care Transitions. **Women's Health Issues**, v. 25, n. 5, p. 441–449, 2015.

NGUYEN, U. S. D. T. et al. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: Survey and cohort data. **Annals of Internal Medicine**, v. 155, n. 11, p. 725–732, 2011.

OKUN, M. A.; KEITH, V. M. Effects of positive and negative social exchanges with various sources on depressive symptoms in younger and older adults. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 53, n. 1, 1998.

PINTO, J. et al. Sleep quality in times of Covid-19 pandemic. **Sleep Medicine**, v. 74, p. 81–85, 2020.

QUINTANA, J. M. et al. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. **Archives of Internal Medicine**, v. 168, n. 14, p. 1576–1584, 2008.

SCHERPENZEEL, A. et al. Collecting survey data among the 50+ population during the COVID-19 outbreak: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **Survey Research Methods**, v. 14, n. 2, p. 217–221, 2 jun. 2020.

SHANKAR, A. Loneliness and sleep in older adults. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 55, n. 2, p. 269–272, 2020.

SHARMA, N.; CHAKRABARTI, S.; GROVER, S. Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. **World Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 1, p. 7, 2016.

SHILLINGTON, K. J. et al. Not so sweet dreams: adults' quantity, quality, and disruptions of sleep during the initial stages of the COVID-19 pandemic. **Sleep Medicine**, n. xxxx, 2021.

STEPNOWSKY, C. J.; ANCOLI-ISRAEL, S. Sleep and Its Disorders in Seniors. **Sleep Medicine Clinics**, v. 3, n. 2, p. 281–293, 2008.

STONE, K.; LI, V. Sleep Among Older Adults. In: DUNCAN, D. T.; KAWACHI, I.; REDLINE, S. (Eds.). **The social epidemiology of sleep**. England: Oxford, 2019. v. 1.

VAN DE STRAAT, V.; BRACKE, P. How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. **International Journal of Public Health**, v. 60, n. 6, p. 643–650, 2015.

VAN DE STRAAT, V.; BUFFEL, V.; BRACKE, P. Medicalization of Sleep Problems in an Aging Population: A Longitudinal Cross-National Study of Medication Use for Sleep Problems in Older European Adults. **Journal of Aging and Health**, v. 30, n. 5, p. 816–838, 2018.

VITIELLO, M. V.; LARSEN, L. H.; MOE, K. E. Age-related sleep change: Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 56, n. 5, p. 503–510, 2004.

WOLKOVE, N. et al. **Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people.** **CMAJ**, 24 abr. 2007.

YU, B. et al. Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. **Quality of Life Research**, v. 27, n. 3, p. 683–691, 2018.

ZDANYS, K. F.; STEFFENS, D. C. Sleep Disturbances in the Elderly. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 38, n. 4, p. 723–741, 2015.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 03

ATENÇÃO À SAÚDE: PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO NO ENVELHECIMENTO

RAFAELLA QUEIROGA SOUTO

A área temática “Atenção à saúde: promoção, prevenção e reabilitação no envelhecimento” contemplou pesquisas científicas e relatos de experiência sobre a pessoa idosa e sobre o envelhecer em uma perspectiva da promoção da saúde. O intuito dos trabalhos foi demonstrar a possibilidade de evitar que a saúde das pessoas idosas fosse alterada, com adoção de medidas e ações que fortalecem a saúde e melhoram a qualidade de vida desta população, como a prática de atividades físicas regulares, a adoção de hábitos alimentares saudáveis e de saúde de modo geral.

Além da perspectiva da promoção de saúde, a área incluiu trabalhos que visavam evitar agravos ou doenças à saúde específicos por meio de ações de prevenção, principalmente educativas e específicas para os agravos ou doenças focos das ações executadas.

No sentido de prevenir complicações de agravos pré-existentes e permitir o máximo de qualidade de vida após o acometimento da pessoa idosa de problemas de saúde, muitos trabalhos, abordaram medidas para reabilitar a pessoa idosa na execução com liberdade das atividades básicas, instrumentais e/ou avançadas da vida diária.

Esta área temática é muito útil para compreender ou aprofundar os seus conhecimentos sobre os aspectos acima listados e contribuir para a sua formação na área do envelhecimento populacional que é uma realidade mundial, nacional e local.

Rafaella Queiroga Souto

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA PELO ENFERMEIRO NAVEGADOR À LUZ DA TEORIA DE IMOGENE KING

LORENA SOFIA DOS SANTOS ANDRADE

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: lorena_sofiacg@hotmail.com

BRUNA DE SOUZA BUARQUE

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: brunasbuarque@gmail.com

XÊNIA SHEILA BARBOSA AGUIAR QUEIROZ

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: sheila_tshe@hotmail.com

REBEKA MARIA DE OLIVEIRA BELO

Doutoranda de Enfermagem da UPE/UEPB: rebeka.belo@academico.ufpb.br

RESUMO

Trata-se de um estudo do tipo teórico-reflexivo fundamentado nos constructos da teoria de Imogene King. Objetiva-se refletir sobre a aplicação dos constructos da teoria de Imogene King na prática do enfermeiro navegador na promoção da saúde e prevenção do câncer de mama em mulheres. Neste contexto, foi desenvolvida uma revisão da literatura sobre o tema, nos quais foram abordados os aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento para compreensão da necessidade da formação do enfermeiro navegador neste processo. Conclui-se que a navegação de pacientes realizada pelo enfermeiro, principalmente voltada às mulheres com câncer de mama podem reduzir as taxas de mortalidade, visto que o tempo de diagnóstico e início do tratamento são determinantes para aumentar as chances de cura e maior sobrevida da mulher. E principalmente, evidencia-se a utilização da Teoria de Imogene King na condução das ações do enfermeiro navegador em busca do alcance das metas estabelecidas entre enfermeiro e a paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; navegação de pacientes; teorias de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna tornou-se, na última década, a segunda causa principal de óbito e de perda de anos de vida saudável no mundo, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (FITZMAURICE et al, 2015). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), espera-se que até o ano de 2030 ocorram 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas convivendo com a patologia (WHO, 2016).

O câncer de mama (CM) continua sendo um grande problema de saúde pública, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, sendo a segunda principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo (ALRASHIDI et al, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer de mama (CM) é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o mais frequente na população feminina (WHO, 2016).

A dimensão da incidência do câncer no Brasil evidencia que esta precisa ser encarado, definitivamente, como um grave problema de saúde pública (INCA, 2019). Por esse motivo essa temática tem merecido atenção especial das políticas que norteiam o atendimento das necessidades de saúde da população acometida com promoção em saúde que vislumbra a diminuição dos seus agravos.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) apresentou uma previsão de 66.280 casos novos de neoplasia maligna da mama para cada ano do triênio 2020-2022 (INCA, 2019). Em relação às regiões brasileiras, o INCA (2019) destaca que o CM apresenta-se como o tipo de câncer mais frequente em todas as regiões brasileiras, com seguintes riscos estimados: no Sudeste (81,06/100 mil), no Sul (71,16/100 mil), no Centro-Oeste (45,24/100 mil) no Nordeste (44,29/100 mil) e na região Norte (21,34/100 mil). A estimativa para a Paraíba em 2020 é de 1.120 novos casos de CM.

A detecção e tratamento precoces são geralmente considerados os meios mais efetivos para a redução da mortalidade por CM (MIGOWSKI et al., 2018). Circunstâncias como a idade da paciente ao diagnóstico, o tamanho do tumor, o número de linfonodos comprometidos, o grau de diferenciação tumoral, o subtipo molecular e o estadiamento clínico são os principais parâmetros usados para avaliar

sobrevida e têm um papel fundamental no planejamento terapêutico desta patologia (BALABRAM; TURRA; GOBBI, 2013; XING et al., 2015).

No que tange às taxas de sobrevida, estas são maiores para aquelas mulheres diagnosticadas em estágios iniciais da patologia, porém, ainda que muitas pacientes passem pelo tratamento e sejam consideradas curadas, o comprometimento associado ao tratamento do câncer pode afetar significativamente o desempenho ocupacional, as relações interpessoais e a qualidade de vida das mesmas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

O diagnóstico e início do tratamento do CM requer várias etapas desde a primeira consulta até o tratamento, gerando o fluxo da paciente no sistema de saúde. Existem várias causas para o atraso do diagnóstico e tratamento do CM, relacionados a problemas sociais e do próprio sistema de saúde como: longos períodos de espera por consultas e procedimentos, vários serviços utilizados até o início do tratamento, baixa renda, baixo nível educacional, ausência de plano de saúde privado, falhas na comunicação que dificultam a orientação das pacientes dentro sistema de saúde e subestimação da doença pelos profissionais da Atenção Básica (UNGER-SALDAÑA et al., 2014; FREITAS E WELLER, 2015; UNGER-SALDAÑA et al, 2017).

A enfermagem está envolvida em todo o processo de cuidados às mulheres com CM, desde a prevenção na atenção primária até os cuidados mais complexos durante o tratamento em nível terciário de atenção à saúde. (SILVA et al, 2018). O enfermeiro navegador é apontado como um importante recurso na atenção ao paciente oncológico uma vez que emprega sua expertise direcionando os pacientes, familiares e cuidadores para a tomada de decisão junto com a equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento (CARROLL et al., 2010; SHEJILA, MAMATHA, FERNANDES, 2015; SMITH, 2014).

As ações desenvolvidas vão além do manejo do cuidado: supervisionam todo o processo desde a suspeita da doença, diagnóstico até o tratamento, empoderam os pacientes, fornecem informações e suporte, atuam como elo de ligação entre eles e os profissionais da equipe (CARROLL et al., 2010).

A ação do enfermeiro deve estar pautada nas teorias de enfermagem e sua prática baseada em evidências científicas para melhoria na qualidade da assistência, auxiliando na redução de danos ocasionados pelas terapias de CM e as complicações da doença (SILVA et al, 2018).

Diante disso, a atuação do enfermeiro nesse cenário é fundamental para o estabelecimento e alcance de objetivos de saúde, desenvolvendo potencialidades e habilidades do mesmo na direção do cuidado aos pacientes, familiares e cuidadores. Portanto, a Teoria do Alcance de Metas criada por Imogene King constitui um importante referencial teórico que orienta a assistência de enfermagem nessa perspectiva. Ela propõe o estabelecimento da interação enfermeiro-paciente para o alcance de metas de saúde e bem-estar (MANTOVANI et al, 2019; TEIXEIRA et al, 2019).

A Teoria favorece o cuidado clínico de enfermagem, visto que se baseia na busca de alcançar metas, sendo estas metas estabelecidas de comum acordo, valorizando o bem-estar dos pacientes em todas as suas dimensões (TEIXEIRA et al, 2019). As metas estabelecidas direcionam o trabalho do enfermeiro frente às necessidades do indivíduo. Por isso, o cliente deve ser inserido ativamente nos processos relativos ao cuidado (PISSINATI et al, 2020).

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é refletir sobre a aplicação dos constructos da teoria de Imogene King na prática do enfermeiro navegador na promoção da saúde e prevenção do câncer de mama em mulheres.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo teórico-reflexivo fundamentado nos constructos da teoria de Imogene King desenvolvido no mês de fevereiro a março de 2022.

A Teoria do Alcance de Metas de Imogene King foi publicada em 1981 e explana sobre a interação do enfermeiro e cliente por meio de três sistemas abertos e interatuantes: o pessoal, o interpessoal e o social. Sendo assim, o cuidado de enfermagem não se restringe ao âmbito individual, mas pode ser realizado para um grupo social como a família, por exemplo. Além disso, pode ser implementada em ambientes hospitalares, ambulatoriais ou em comunidades (MANTOVANI et al, 2019; PISSINATI et al, 2020).

Foi desenvolvida a partir do seu Modelo de sistemas abertos e da definição dos conceitos de seres humanos, saúde, ambiente e sociedade. Imogene King explana também outros conceitos para a

caracterização da teoria como a interação, o papel, o estresse e o crescimento e desenvolvimento (GEORGE et al, 2000).

Para o desenvolvimento do estudo foi realizada inicialmente uma revisão da literatura sobre a temática a partir de documentos governamentais e artigos científicos. Posteriormente, realizou-se a reflexão sobre a aplicação dos constructos da teoria de Imogene King na prática do enfermeiro navegador na promoção da saúde e prevenção do câncer de mama em mulheres com base na literatura identificada e na experiência dos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Câncer de mama e as rede de Atenção à Saúde

O CM é uma doença de caráter multifatorial e seus fatores de risco são classificados em fatores de risco não modificáveis: idade, sexo, fatores genéticos, história familiar de câncer de mama, fatores menstruais e reprodutivos, história de câncer de mama anterior e doença proliferativa de mama e em modificáveis, a saber: exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, álcool, tabagismo e dieta rica em gordura (NINDREA; ARYANDONO; LAZUARDI, 2017).

No âmbito da detecção precoce, o Ministério da Saúde recomenda exame clínico anual das mamas e mamografia a cada dois anos a partir dos 50 anos, e para as mulheres consideradas de risco elevado para CM, recomenda-se o exame clínico das mamas e mamografia, anualmente, a partir dos 35 anos (INCA, 2015).

No que concerne às políticas voltadas ao aperfeiçoamento do rastreamento da doença e fluxo da paciente dentro da rede de saúde, o câncer de mama é um dos compromissos prioritários dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi contemplado em vários documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, para auxiliar a equipe profissional da atenção primária na detecção precoce e assistência da mulher dentro da rede de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2015c).

Em geral, o primeiro serviço de saúde utilizado para detecção dos casos de CM é a Atenção Primária, por meio de exame clínico das mamas realizado por médicos e/ou enfermeiros. Ao verificar

uma usuária assintomática dentro da faixa etária estabelecida pelo Ministério da Saúde, deve-se recomendar a "mamografia de rastreamento", enquanto para pacientes sintomáticas de qualquer faixa etária, a solicitação deve ser realizada com indicação clínica de "mamografia diagnóstica" (SILVA et al., 2014; BRASIL, 2013b).

Em seguida, a paciente é encaminhada para o serviço de média complexidade para realização de exames diagnósticos e consulta com médico especialista. Após realização de mamografia e biópsia (análise histopatológica e imuno-histoquímica), caso o diagnóstico de CM seja confirmado, a paciente deve ser avaliada quanto ao estadiamento da doença no sistema TNM, preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) que classifica o câncer de acordo com sua extensão anatômica (BRASIL, 2004; OSHIRO, 2014; BRASIL, 2013b).

Além de todas as características mencionadas até o momento, a expressão dos receptores hormonais de estrogênio (ER) e de progesterona (PR) e a superexpressão ou amplificação do Fator de Crescimento Humano Epidérmico Receptor-2 (HER-2) foram elencados como fatores preditivos de grande relevância para pacientes com neoplasia maligna da mama. A análise imunoistoquímica é, portanto, um método utilizado para identificar os referidos marcadores tumorais, possibilitando a classificação do CM em subtipos moleculares (Luminal A, Luminal B, HER-2 superexpresso e Triplo Negativo) e direcionamento para a terapia mais adequada (CADOO; FORNIER; MORRIS, 2013; CGAN, 2012).

A heterogeneidade tumoral do CM é um aspecto desafiador, pois tumores com os mesmos tipos histológicos, estágios e graus de diferenciação podem comportar-se de maneira diferente, apresentando desfechos distintos no que diz respeito aos fatores prognósticos e às respostas aos tratamentos empregados, que podem ser: a cirurgia, a quimioterapia, radioterapia, tratamento hormonal e imunoterapia (CINTRA, 2012).

Casos de CM em estados avançados são frequentemente relacionados a atrasos, que podem ser divididos em dois tipos: atraso da paciente (AP) e atraso do sistema (AS) (AL-AMRI, 2015). Segundo Caplan (2014), o AP corresponde à demora em procurar atendimento médico após percepção dos primeiros sintomas da doença. O intervalo de tempo maior que 90 dias entre a primeira consulta médica e

o início do tratamento foi definido como AS (UNGER-SALDAÑA, 2014; RICHARDS et al, 1999).

O AS pode ser atribuído à dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção primária, incapacidade do sistema público para atender à demanda ou baixa capacidade dos gestores em definir o fluxo de casos suspeitos em diferentes níveis de atenção (ANDRADE et al, 2014; OSHIRO et al, 2014; BARROS, UEMURA, MACEDO; 2013; SHIN et al, 2013). A falta de acesso e de resolutividade nos serviços de saúde é uma das mais importantes causas de progressão da doença (CAPLAN, 2014; MEDEIROS et al, 2015).

A literatura mostra que mulheres jovens e de baixa renda demoram mais a procurar serviços de saúde, possivelmente por trabalharem em horário integral e por não possuírem plano de saúde privado (UNGER-SALDAÑA et al, 2017). Nesse contexto, as mulheres com baixa escolaridade possuem mais chances de sofrerem atraso no tratamento (LOPES et al, 2017). Além disso, o alto número de serviços de saúde utilizados antes da admissão no hospital reflete em maior atraso, devido às falhas principalmente na atenção primária por dificuldade de acesso às consultas, subestimação da doença pelo profissional e falta de confiança da paciente na conduta médica que a faz procurar outros serviços, inclusive da rede privada (UNGER-SALDAÑA et al, 2017; JASSEM et al, 2013).

Um estudo realizado em 2015 no estado de Pernambuco mostrou que 72% das participantes que foram diagnosticadas em estágios avançados sofreram atrasos relacionados à paciente e ao sistema (PAIVA e CESSE, 2015). Na Paraíba, um estudo recente incluindo 238 pacientes com CM, em tratamento nos hospitais da FAP e Napoleão Laureano, mostrou que 52,12% pacientes foram diagnosticadas com estadiamento avançado (JERONIMO e WELLER, 2017). Essa associação negativa entre atraso e estadiamento tumoral, diminui as chances de cura da paciente, reduzindo a sobrevida e qualidade de vida (TRUFELLI et al, 2008; AL-AMRI, 2015).

Em 2012, foi criada no Brasil a Lei dos sessenta dias, para garantir o direito das pacientes iniciarem o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em até sessenta dias após o diagnóstico de CM, excedido esse prazo se caracteriza um atraso do sistema (BRASIL, 2012).

Medeiros e colaboradores (2015) afirmam que esta lei corrige apenas uma parte do atraso relacionado ao sistema, referente ao período entre o diagnóstico e o início do tratamento, porém outros estudos, como o de Paiva e Cesse (2015), mostram que o maior atraso está entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica.

Tal fato sugere uma fragilidade nas ações definidas pela Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças que evidenciou o tempo médio entre a primeira consulta médica e os resultados diagnósticos entre as pacientes que foram apoiadas por ONGs (Organizações Não Governamentais), pacientes que financiaram seus serviços de diagnóstico de forma particular e pacientes que utilizaram exclusivamente serviços de diagnóstico públicos foram, respectivamente, 28,0, 48,5 e 77,5 dias. Ou seja, as mulheres que foram apoiadas pelas ONGs ainda conseguiram ser mais rápidas que o sistema privado. Isso ocorre principalmente pela melhor comunicação existente entre os profissionais e entre profissionais e paciente (ANDRADE et al., 2021).

O enfermeiro e a navegação de pacientes

Estratégias de apoio ao paciente o ajuda a enfrentar diversas etapas do tratamento, nesse íterim surge o navegador de paciente. A navegação de pacientes foi idealizada pelo médico norte americano Harold Freeman em 1990 com a finalidade de agilizar a confirmação do diagnóstico e garantir a continuidade do tratamento, do início ao fim, de pessoas com alguma doença crônica (FREEMAN, 2011). Nesse contexto, o primeiro Programa de NP teve como navegadores voluntários leigos e/ou profissionais da saúde (ESPARZA, 2013, FREEMAN, 2012).

Esse processo prevê que um indivíduo, denominado navegador de paciente, guie as pessoas, ajudando-as a ultrapassar as barreiras socioeconômicas, financeiras, culturais, burocráticas e psicológicas que dificultem o acesso aos serviços e sistemas de saúde (FREEMAN, 2011). Essa inovação expandiu-se rapidamente e está se tornando amplamente aceita pelos serviços de saúde e usuários. O navegador, geralmente da área da enfermagem, atua na linha de cuidado do paciente, guiando-o durante todo o tratamento, de forma a diminuir barreiras administrativas, sociais, psicológicas e emocionais que possam prejudicar o sucesso da terapia (OSORIO et al., 2020).

O enfermeiro navegador avalia as necessidades dos pacientes e, junto a eles, desenvolvem um plano para superar as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção à saúde (CARROLL et al., 2010). Este papel da navegação na enfermagem surgiu a partir do primeiro Programa de Navegadores de Pacientes para a assistência ao paciente oncológico, que utiliza o conhecimento especializado, experiência clínica e habilidades pessoais, como a boa comunicação, para proporcionar aos pacientes um cuidado focado nos aspectos físicos, sociais e emocionais (CARROLL et al., 2010; SHEJILA, MAMATHA, FERNANDES, 2015; SMITH, 2014).

Em parceria com a American Cancer Society (ACS), Dr Freeman desenvolveu o primeiro programa, denominado Patient Navigator Program, em Nova York, onde os navegadores eram voluntários, pessoas das comunidades que não eram profissionais da saúde, mas que conheciam bem os problemas enfrentados pela população (FREEMAN, 2011). Este fato demonstra a importância de manter uma boa interação com o paciente a fim de que se conheça de perto as demandas deste e definir quais os melhores caminhos para o tratamento (TEIXEIRA et al, 2019).

Importante ressaltar que nem todos os processos serão beneficiados pela intervenção do enfermeiro navegador, pois os bons resultados dependem do momento em que ocorre. Por isso, a literatura sugere que os processos de navegação e as funções dos navegadores se iniciem no começo da trajetória do tratamento oncológico (rastreamento e diagnóstico) para atingir os desfechos desejados (MCMULLEN, 2013).

Estudo realizado no Rio de Janeiro com o objetivo de mostrar como o programa de navegação de paciente pode permitir a adequada aplicação da Lei dos 60 dias, evidenciou que o tempo médio para iniciar o tratamento foi de 39 dias. Além disso, as principais barreiras encontradas pelas pacientes foram: medo (93%), dificuldade em comunicação com a equipe médica (81%) e cuidados de saúde descoordenados (37%). Desta forma, concluíram que a navegação de pacientes contribuiu para cumprimento da Lei dos 60 dias 86% dos casos (GIOIA et al., 2021).

A assistência de enfermagem à luz da Teoria de Imogene King

A teoria de Imogene King possibilita que por meio por meio das interações pessoais com o indivíduo a quem se presta o cuidado de enfermagem possa se estabelecer as metas de cuidado com base nas necessidades apresentadas pela clientela em questão (VIEIRA; SCHNEIDER; PICCOLI, 2003)

Ainda, segundo a teoria, os indivíduos são formados por três sistemas interativos, abertos ao meio ambiente e que permitem a interação entre si para manter o equilíbrio geral, garantindo assim a saúde do indivíduo. Bem como o enfermeiro tem o papel de auxiliar no equilíbrio desses sistemas. São esses sistemas: pessoal, interpessoal e social. O primeiro compreende as características pessoais de cada indivíduo que podem reagir a situações vivenciadas de acordo com suas percepções, expectativas e ansiedades. O sistema interpessoal corresponde às interações humanas, à comunicação e às transações que variam conforme o indivíduo se percebe e reage diante das ações do outro. O terceiro sistema, o social, representa os papéis e comportamentos deste diante da sociedade (PISSINATI et al, 2020).

Diante desta definição dos sistemas de King, percebe-se a atribuição da função do enfermeiro no equilíbrio dos sistemas do indivíduo em estudo realizado nos Estados Unidos que avaliou a atuação dos enfermeiros navegadores na assistência à mulher com câncer de mama. Foi evidenciado que esses profissionais melhoraram significativamente a percepção do paciente acerca do seu tratamento, fazendo com que eles estivessem mais envolvidos no seu cuidado e mais bem preparados para o futuro, por terem conhecimento sobre a evolução da doença (WAGNER et al., 2014).

A teoria fundamenta a prática clínica do enfermeiro a fim de promover um cuidado seguro e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas cuidadas. Verifica-se que a fundamentação teórica na prática do enfermeiro navegador amplifica as possibilidades de cuidado e garante uma assistência de enfermagem específica e direcionada às mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Neste estudo, embora as pesquisas sobre câncer de mama sejam proporcionais à sua prevalência na população em geral, mostrou-se

que em algumas pesquisas a concentração não está no tratamento, mas nos cuidados realizados ao paciente como apoio, diagnóstico e prevenção. Por isso a limitação desse estudo, encontra-se relacionado ao tema ainda atual, visto a necessidade de profissionais qualificados para realização de todo o processo do câncer de mama.

Estimular a utilização da teoria apresentada como ferramenta para aplicação crítica e reflexiva da assistência de enfermagem, bem como desenvolver dados científicos importantes no contexto da navegação para promoção de saúde de pacientes oncológicos, principalmente de mulheres com câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A navegação de pacientes foi idealizada para solucionar problemas relacionados às dificuldades em percorrer os diferentes serviços de saúde desde a Atenção primária aos mais complexos níveis de assistência. Na oncologia, o tempo para o diagnóstico é determinante para a sobrevivência dos pacientes. Mulheres diagnosticadas precocemente têm mais chances de serem curadas do câncer de mama. No entanto, ainda há uma baixa adesão aos programas de rastreamento, que aliado às demais barreiras socioeconômicas levam ao diagnóstico tardio, resultando em maiores taxas de mortalidade.

A presença do enfermeiro navegador desde o rastreamento da população, pode agilizar o processo de diagnóstico e início do tratamento, principalmente para a população em situação de vulnerabilidade social que depende exclusivamente do Sistema Único Saúde que é bastante amplo mas também fragmentado.

Para tal, o enfermeiro deve lançar mão da Teoria de Imogene King a fim de fundamentar a assistência às mulheres com câncer de mama. Sendo o foco central da Teoria o alcance de metas para o cuidado de seres humanos estabelecidas de comum acordo entre enfermeiro e paciente, é possível aplicá-la na navegação dessas mulheres.

O programa de navegação de pacientes revela-se uma ferramenta capaz de aumentar a taxa de aplicação da lei dos 60 dias no Brasil, mudando o cenário atual de mortalidade por câncer de mama na população.

REFERÊNCIAS

AL-AMRI AM. Clinical presentation and causes of the delayed diagnosis of breast cancer in patients with pregnancy associated breast cancer. **J Family Community Med**. 2015;22:96– 100

ALRASHIDI A.G. et al. Knowledge and Perceptions of Common Breast Cancer Risk Factors in Northern Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v.18, n. 10, p. 2755-2761, 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures 2019. *Atlanta: American Cancer Society*. 2019.

ANDRADE ACM et al. The lack of immunohistochemistry assays reveals health disparities between two groups of breast cancer patients. **African Journal of Breast Cancer** ISSN: 3258-329X Vol. 1(3), pp. 024-029, December, 2014.

ARAÚJO, E. S. S. et al. Intervenções educativas à pessoa com diabetes fundamentada na Teoria de King. **Revenferm UFPE online**, v. 11, n. 2, p. 515-22, fev., 2017.

BARROS AF; UEMURA ZG; DE MACEDO JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2013; 35(10):458-63

BERTOS NR; PARK M. Breast câncer: one term, many entities? *The Journal Clinical of Investigation*. Vol. 121, No 10, Outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de mama: Documento de Consenso. 2004. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf>. Acesso em: 31 de outubro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de apoio à descentralização. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Lei dos 60 dias para tratamento do câncer [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Portal da Saúde - 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>, Acessado em: 20 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.b

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.c

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2015.a

BRASIL. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro, 2015.b

BRASIL. Objetivos do Milênio. 2015.c Visto em: <http://www.objetivosdo-milenio.org.br/agenda/>. Acesso em 20 de outubro de 2020.

CADDOO, K.A.; FORNIER, M.N.; MORRIS, P.G. Biological subtypes of breast cancer: current concepts and implications for recurrence patterns. *The Quarterly Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, v. 57, p. 312-321, 2013

CANCER GENOME ATLAS NETWORK. CGAN. Comprehensive molecular portraits of human breast tumors. *Nature*, v. 490, p. 61-70, 2012.

CAPLAN, L. Delay in Breast Cancer: Implications for stage at diagnosis and survival. **Front Public Health**. 2014; 2:87.

CARROLL JK, HUMISTON SG, MELDRUM SC, SALAMONE CM, JEAN-PIERRE P, EPSTEIN RM, et al. Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient Educ Couns*. 2010; 80(2):241-7.

CINTRA, J.R.D. et al. Perfil imuno-histoquímico e variáveis clínicopatológicas no câncer de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo*, v. 58, n. 2, p. 178-187, 2012.

ESPARZA A. Patient navigation and the American Cancer Society. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):91-6.

FITZMAURICE, C. et al. The global burden of cancer 2013. *Jama Oncology, Chicago*, v. 1, n. 4, p. 505-527, 2015.

FREEMAN HP, RODRIGUEZ RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117:3539-42.

FREEMAN HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(10):1614-7.

GEORGE, J. B. et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

GIOIAS, BRIGAGÃO L, ROCHA M, GOSS P. Patient navigation: fighting for the rights of breast cancer patients in Brazil. *Mastology* 2021;31:e20200068.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER . Monitoramento das ações de controle do câncer de mama: Linha de cuidados e Rede de Atenção ao câncer de Mama. Boletim 6, nº3, 2015.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.

JASSEM J, OZMEN V, BACANU F, DROBNIENE M, EGLITIS J, LAKSHMAIAH KC, KAHAN Z, MARDIAK J, PIENKOWSKI T, SEMIGLAZOVA T, et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. **Eur J Public Health**. 2013;Sep 12

JERONIMO, A.F.A, WELLER, M. Differential Association of the Lifestyle-Related Risk Factors Smoking and Obesity with Triple Negative Breast Cancer in a Brazilian Population. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. Article 22, Volume 18, Issue 6, June 2017, Page 1585-1593

LOPES, TCR, GRAVENA, AAF, DEMITTO, MO, BORGHESAN, DHP, DELL`AGNOLO, C M, BRISCHILIARI, SCR, PELLOSO, SM. Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in Brazil. **Asian Pac J Canc Prev** . 2017;18(11):3017–23.

MANTOVANI, M. F. et al. Gerenciamento de caso como modelo de cuidado: reflexão na perspectiva da teoria de Imogene King. **CiencCuidSaude**, v. 18, n. 4, p. 451-87, Out-Dez 2019.

MCMULLEN L. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Semin Oncol Nurs*. 2013 ;29(2):105-17.

MEDEIROS, G.C. et. al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.3, n.6, p.1269-1282, 2015.

MENDONÇA, Gulnar Azevedo et al. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto

Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1232-1239, 2014.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 16, 2018.

NINDREA, R.D.; ARYANDONO, T.; LAZUARDI, L. Breast cancer risk from modifiable and non-modifiable risk factors among women in Southeast Asia: a meta-analysis. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 18, n. 12, p. 3201-3206, 2017.

OSHIRO, M.L. et. al. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. Rev. Bras. Cancerol. v.60, n.1, p.15-23, 2014.

OSORIO, Ariane Pereira et al. Navegação de enfermagem na atenção ao câncer de mama durante a pandemia: relato de experiência/Nursing navigation in breast cancer care during the pandemic: an experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

PAIVA, C.J.K., CESSE, E.A.P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. Rev. Bras. de Cancerol. 2015; v.61, n.1, p.23-30, 2015.

PISSINATI, P. S. C. et al. Estabelecimento de metas no planejamento da aposentadoria: reflexão à luz de Imogene King. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 24: e-1283, 2020.

RICHARDS, M.A., et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. **Lancet**. 1999;353:1119–26.

SHEJILA CH, MAMATHA SP, FERNANDES DJ. Oncology nurse navigator programme: a narrative review. Nitte Univ J Health Sci. 2015 Mar;5(1):103- 7.

SILVA, G. A. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad. Saúde Pública*. v.30, n.7, p.1537-1550, 2014.

SHIN DW, CHO J, KIM SY, GUALLAR E, HWANG SS, CHO B et al. Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. **Ann Surg Oncol**. 2013;20(8):2468-76.

SMITH J. Patient navigator's role definition. Boiling Springs: Hunt School of Nursing, Gardner-Webb University; 2014. Nursing theses and capstone projects. paper 37.

TEIXEIRA, A. K. S. et al. Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com Úlcera Venosa fundamentado na teoria de Imogene King. **REVID [Internet]**, v. 88, n. 26, ago-2019.

TRALDI, M.C., GALVAO, P., MORAIS, S.S., FONSECA, M.R.C.C. Delay in breast cancer diagnosis on women assisted in the Public Health System. *Cad. saúde colet*. [online]. 2016, vol.24, n.2, pp.185-191.

UNGER-SALDAÑA, K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. **World J Clin Oncol**. v.5, p. 465-77. 2014.

UNGER-SALDAÑA K, VENTOSA-SANTAULÀRIA D, MIRANDA A, VERDUZCO-BUSTOS G. Barriers and explanatory mechanisms of delays in the patient and diagnosis intervals of care for breast cancer in Mexico. **Oncologist**. 2018;23(4):440-453. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0431.

WAGNER EH, LUDMAN EJ, AIELLO BOWLES EJ, PENFOLD R, REID RJ, RUTTER CM, et al. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014 ;32(1):12-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Cancer. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en/>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA: REFLEXÃO TEÓRICA EM UMA REALIDADE PANDÊMICA

VANEI PIMENTEL SANTOS

Mestrando em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Sergipe/UFS; Especialista a nível de residência em Saúde do Adulto do Idoso e em Saúde Mental pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFS. Enfermeiro da enfermagem psiquiátrica do HU-UFS e do CAPS no Município de Aracaju-SE, vaneipimentel@hotmail.com

ELIEL DE JESUS MELO

Graduando em Educação Física pela Universidade Paulista-UNIP. Estagiário em Academia de Ginástica (atuando com idosos) e na Secretaria Estadual de Educação e Cultura do Estado de Sergipe – SEDUC (atuando com grupos especiais), elieljesus22@hotmail.com

WILMA RESENDE LIMA

Orientadora. Pós-Doutora em Enfermagem pelo Programa de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP (pesquisas sobre idosos muito velhos), professora do Departamento de Enfermagem da UFS, wilmaresenda@yahoo.com.br

RESUMO

A temática saúde mental do idoso permeia o imaginário social como sinônimo de doença mental, em detrimento das dimensões holísticas do envelhecimento. Tal perspectiva é observada quando profissionais da saúde associam a saúde mental no envelhecimento a práticas de reabilitação na senilidade (Depressão ou Alzheimer), enraizadas ao modelo biomédico e desconexas de ações preventivas ou promotoras da saúde. Este estudo objetiva identificar ações de saúde mental direcionadas para o idoso em publicações e confrontar com as práticas nas instituições de saúde no contexto pandêmico. Trata-se de reflexão teórica embasada na análise de artigos sobre o envelhecimento com recorte na prevenção da doença, promoção da saúde, reabilitação e das experiências do cotidiano nos serviços dos pesquisadores. Nota-se que o debate sobre a saúde mental do idoso, se limita ao sofrimento mental e tratamento de doença, focada na patologia e não na pessoa, na qual o idoso em situação de vulnerabilidade biológica, também foi exposto a probabilidade de adoecer mentalmente por isolamento, perdas e pressões sociais. As ações na pandemia, focadas no ficar em casa para se proteger do coronavírus, com pouca ou nenhuma abordagem em como preservar ou promover a saúde mental no isolamento, refletindo as abordagens teóricas que voltam-se para a reabilitação e pouca promoção da saúde mental do idoso, em detrimento da prevenção do adoecimento. O estudo sinaliza a necessidade de estratégias, em tempos de pandemia, que integre a saúde física e mental, pois se proteger de um vírus e adoecer mentalmente, também é um problema de saúde pública.

Palavras-chave: Idoso, Saúde Mental, Cuidado integral, Prevenção, Adoecimento Mental.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que possui significativo número de pessoas idosas, porém viver mais, não é sinônimo de viver bem, o que interfere no imaginário social, no qual é perpetuado a ideia de que o envelhecimento se encontra associado a sofrimento e aumento da dependência física, com isolamento, declínio funcional e depressão, refletindo o despreparo em perceber a saúde do idoso, como uma questão social ampla e que envolve múltiplas dimensões (FERREIRA, et al, 2012).

A pandemia ocasionada pela COVID 19 evidenciou a necessidade de olhar para as particularidades de cada faixa etária, em especial para os idosos que possuem características singulares, que envolve suas dimensões humanas, perpassando pela pluralidade e complexidade do envelhecimento. Para tanto, além de levar em consideração o conhecimento da área da virologia, epidemiologia e imunologia, é fundamental que a atenção a saúde da pessoa idosa na realidade pandêmica seja fundamenta em teoria e prática gerontológica, que pode fomentar a adoção de medidas protetivas para as pessoas idosas em risco. (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Para atender as necessidades dos idosos, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, preconiza a promoção do envelhecimento ativo e saudável, perpassando pela atenção integral e integrada à saúde, bem como o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, que foquem nas atividades de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (PNSP, 2006). No que tange área da saúde mental, a referência é a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que se concretiza por meio da implementação de um modelo de atenção voltado para a comunidade. Mas, no período da pandemia, observou-se o foco na proteção física, já que o risco de morrer em decorrência da COVID-19 aumentava com a idade, onde estatísticas comprovaram que das mortes, quantitativo elevado ocorreram entre idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas. (ZHANG, 2020). Mas, em relação aos impactos a saúde mental do idoso durante as medidas de isolamento social, não houveram tantos debates midiáticos.

O processo de envelhecimento, em decorrência das mudanças e readaptações, pode contribuir para o desencadeamento de transtornos

mentais, como a ansiedade, depressão, bipolaridade, delírios e esquizofrenia, os dois primeiros se caracterizando como mais incidentes e graves na pessoa idosa (FREIRE, 2017).

A pandemia do novo coronavírus, traz à tona a pandemia oculta dos transtornos mentais, que deve ser visto e monitorado pelos órgãos da área da Saúde. Nesse quesito, na rede de atenção Psicossocial, o indivíduo transita pelos serviços comunitários, usufruindo de suas potencialidades, em uma lógica territorial. Tal modelo, conta com equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e em CAPS especializados). Entretanto, dão ênfase a população infanto-juvenil e adulta, não contemplando as particularidades do envelhecimento em seu arcabouço legal (MINAYO, 2012). Sendo um desafio o acompanhamento da saúde mental do idoso, especialmente durante a pandemia, já que o mesmo foi impedido de frequentar os espaços físicos, limitando o acesso a área interna de sua residência, o que impactam a saúde mental, pela reprodução do modelo manicomial, de isolamento, historicamente questionado na rede de atenção Psicossocial.

Para que seja superada as lacunas referentes ao cuidado no processo de envelhecimento, o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), ressalta a importância de prevê estratégias que favoreçam a prevenção de transtornos mentais na população idosa, perpassando pelo diagnóstico precoce, medicação adequada, psicoterapia e capacitação dos profissionais para atenção à saúde mental do idoso. (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014). Nesse sentido, o processo de envelhecimento requer adequação político-estrutural, demandando serviços públicos que atendam as particularidades do idoso, onde o reflexo do planejamento e das prioridades governamentais, atendam a realidade de uma população que envelhece.

Para tanto, é de suma importância que haja a integração das políticas, e intervenções, visando garantir a oferta de cuidados que atendam a necessidade de tratar doenças crônicas, mas também fortaleçam a promoção do envelhecimento ativo e saudável, perpassando pela promoção da saúde e prevenção de adoecimento e agravos, inclusive mentais (MIRANDA, 2016).

A atenção à saúde do idoso, deve ser centrada no indivíduo, considerando suas particularidades e integração com a família, comunidade e determinantes sociais da saúde, de forma que haja a superação das ações prescritivas, voltadas para a doença e que não contemplem a promoção da saúde. Para tanto, os profissionais devem incluir no escopo de atuação, conhecimentos relacionados a saúde mental (MS, 2014). Outrossim, as políticas de saúde na área do envelhecimento devem envolver o conceito ampliado de saúde, que perpassa pela produção de um ambiente social, cultural e de cidadania que acolha o idoso, não se limitando a ações de cuidado com a doença mental (BRASIL, 2006).

Observa-se que a temática saúde mental permeia o imaginário social como sinônimo de doença mental, o que pode ser observado quando a população associa o cuidado da saúde mental a práticas de reabilitação ao idoso que possui depressão ou Alzheimer. Tal realidade gerou inquietação para realizar levantamento sobre as produções científicas que retratem a abordagem em saúde mental do idoso e a relação entre saúde do idoso e saúde mental e posterior reflexão teórica, com sinalização de medidas mitigadoras que possam amenizar o sofrimento mental do idoso e englobe uma perspectiva de atenção a saúde voltada para a saúde integral, com integração do corpo e a mente no envelhecer.

Tal arcabouço poderá servir para fontes de consulta pelos profissionais de saúde, podendo evidenciar o que mais vem sendo discutido na área da saúde mental do idoso (o respeito ao direito a saúde da pessoa idosa), reiterando a crítica ao modelo biomédico, focado na doença, onde há a necessidade dos profissionais que atuam na área da saúde mental e saúde do idoso, direcionarem suas práticas para o cuidado em saúde, explorando o seu conceito ampliado, que engloba outros aspectos que vão além da ausência de doença. Mas o que se percebe no cotidiano é que pensar em saúde mental, tornou-se sinônimo de abordagem da doença mental e quando associada a saúde mental do idoso, as pessoas tendem a visualizar no envelhecimento declínio cognitivo e depressão, reforçando práticas de reabilitação, em detrimento da prevenção do adoecimento e promoção da saúde.

No imaginário dos profissionais de saúde mental, a percepção de que ser idoso perpassa por sofrimento, tristeza e solidão, pode indicar desconhecimento e desmotivação e afetar as dimensões do cuidado

ao idoso. Alguns profissionais que atuam na área da saúde mental, tem a percepção de que o envelhecimento é algo triste e solidário, entretanto, da mesma forma que concebem negativamente a imagem do ser idoso, são capazes de reconhecer as possibilidades do envelhecimento (SIMÕES, 2014).

É indispensável que na atenção primária e atenção psicossocial, o idoso que encontra-se em sofrimento mental ou não, seja acolhido e envolvido em estratégias de cuidado, entretanto, não é perceptível, abordagens que estimulem a prevenção de transtornos mentais, como a realização de grupos, voltados para a saúde mental, que trabalhe temas transversais, a exemplo da qualidade de vida e sua relação com a saúde do idoso e/ou práticas integrativas e complementares que promovam o bem estar, autocuidado e preservação da saúde mental ao envelhecer.

Por tanto, esse trabalho tem como objetivo identificar ações de saúde mental direcionadas para o adulto-idoso (60 anos ou mais) em publicações científicas e confrontar com as práticas nas instituições de saúde, produzindo reflexões sobre a forma que foi tratada a pessoa idosa na pandemia, seus reflexos na saúde mental e possibilidades de ações integrais e integradas que possam garantir o direito a saúde e dignidade da pessoa idosa, pois só assim será possível pensar em estratégias pós pandemia e mecanismo de enfrentamento, sempre que houver o risco de instituição de medidas de isolamento social.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, com observação dos cenários de inserção dos pesquisadores (academia de ginástica, ambiente hospitalar e Centro de Atenção Psicossocial, além da dinâmica socioambiental vivenciada e observada no período pandêmico), com posterior confronto com o resultado de levantamento bibliográfico.

No presente estudo foi realizada revisão integrativa da literatura, tipo de pesquisa que agrega achados de estudos desenvolvidos através de diversas estratégias metodológicas, permitindo ao pesquisador a síntese de resultados sem ferir os princípios científicos dos estudos empíricos que podem ser incluídos, para tanto à análise e à síntese dos dados foi realizada de forma sistematizada (SOARES, 2014).

Os conceitos que possibilitaram a reflexão, foram extraídos das publicações disponíveis no acervo da Biblioteca Virtual em Saúde/BVS, através da seleção das bases de dados: BDENF – Base de dados de enfermagem, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Index de Psicologia, por meio da utilização dos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde (saúde, mental, envelhecimento, idoso), de forma interligada, durante a associação dos termos, por meio do uso do operador booleano “AND”. Tais intervenções passaram pelas etapas, que compõe uma revisão integrativa, sendo utilizado o recorte temporal de publicações dos últimos dez anos (2012-2021).

A associação das temáticas “Saúde mental e Envelhecimento”, foi motivada pela inquietação durante vivência na rede de atenção psicossocial, academia de ginástica e rede hospitalar em saúde de um município sergipano. Tais cenários foram despertadores da inquietação acerca das abordagens no que tange a saúde mental do idoso que são publicados em artigos científicos e de que forma a realidade pandêmica pode interferir em novas abordagens a saúde mental. Por meio das vivências emergiu a hipótese: “As ações em saúde mental direcionadas para o público infanto-juvenil e adultos não contemplam as necessidades de saúde mental do idoso, estando a pessoa idosa em vulnerabilidade de adoecimento/sufrimento mental, por lacuna no direcionamento das ações, especialmente durante o período de pandemia.

Os critérios de inclusão para análise reflexiva da pesquisa, foram: estudos publicados em base de dados nacionais com textos completos disponíveis online, que abordem a temática saúde mental e envelhecimento, referenciando o cuidado em saúde mental do idoso. Critérios de exclusão, artigos que não evidencie as práticas em saúde mental voltadas para o idoso, com duplicidade de informações, fora do recorte temporal correspondente aos últimos 10 anos (2012 a 2021). Foram encontrados 217 artigos, sendo 57 através da base de dados LILACS, 16 na BDENF e 144 na BVS, submetidos inicialmente a análise dos títulos, posteriormente leitura dos resumos, o que juntamente com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultaram nos artigos que foram lidos na íntegra e utilizados na pesquisa.

Para a extração das informações foi confeccionado questionário, que contemplou tópicos referentes a base de dados, objetivo, resultado

e tipo de abordagem, subsidiando a categorização dos artigos em estudos de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. As publicações (16 artigos) foram confrontadas com a realidade dos serviços de cuidados em saúde mental.

Por meio da leitura minuciosa de cada publicação e confronto com arcabouço teórico e prático, os dados foram interpretados e discutidos de forma a apresentar possíveis hipóteses causais, que levam a conformação atual da realidade referente ao cuidado a saúde mental da pessoa idosa. Com o intuito de produzir conhecimentos por meio da pesquisa os resultados foram discutidos fazendo um paralelo com a pandemia do SARS-COV-2 vigente desde o ano de 2019, com suas ações de biossegurança e isolamento social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os estudos encontrados, os que apresentava abordavam a saúde mental do idoso, perpassam pela prevenção da doença, promoção da saúde e reabilitação, entretanto, percebe-se que dentre estes nenhum foi realizado em Centros de Atenção Psicossocial/CAPS, grande parte aborda ações realizadas com foco na atividade física, como única medida protetora a saúde mental do idoso.

Elevado número de estudos apresentam a relação entre a execução de atividades e a diminuição de sintomas ou sinais de declínio cognitivo ou problemas psiquiátricos, mas não há correlação com a ausência de grupos que trabalhem questões voltadas ao conceito de saúde, que envolve o bem estar do indivíduo, não só físico, mas mental e social, como é conceituado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Percebe-se movimento de publicações estimuladas pela realidade pandêmica, mas poucas estabelecem sinergia entre saúde mental da pessoa idosa e consequências e/ou cuidados no período pós Pandemia, com exceção do Guia de Saúde Mental Pós-Pandemia No Brasil da Universidade de Brasília/DASU-UNB, que traz uma análise dos impactos das ondas ocasionadas pela COVID-19:

É possível dividir as consequências da pandemia em quatro ondas. A primeira onda se refere à sobrecarga imediata sobre os sistemas de saúde em todos os países que tiveram que se preparar às pressas para o cuidado dos

pacientes graves infectados pela Covid-19. A segunda onda está associada à diminuição de recursos na área de saúde para o cuidado com outras condições clínicas agudas, devido ao realocamento da verba para o enfrentamento da pandemia. A terceira onda tem relação com o impacto da interrupção nos cuidados de saúde de várias doenças crônicas. A quarta onda inclui o aumento de transtornos mentais e do trauma psicológico provocados diretamente pela infecção ou por seus desdobramentos secundários

Observa-se que os estudos que abordam a temática saúde mental do idoso, parte da problemática relacionada ao adoecimento/transtorno mental, ou do risco de desenvolver um transtorno, como motivador da investigação, poucos estudos apresentam estratégias que visem reduzir a probabilidade de ocorrência do adoecimento mental e nenhum apresentava medidas de cuidado a saúde mental do idoso em isolamento social.

As ações apresentadas nas publicações geralmente associam à prática de atividade física ou participação em grupo de convivência, e nenhum relata experiências exitosas que podem ser realizadas no domicílio do idoso com o intuito de preservar sua saúde mental. Tal lacuna é relevante de ser evidenciada, pós durante a pandemia o idoso se limitou parte de seu tempo a vivenciar as dimensões de sua casa, sendo necessário a construção de intervenções que note a cotidianidade e o vínculo com o ambiente externo, como terapêutico e alvo de intervenções multiprofissionais voltados para a saúde mental da pessoa idosa.

No tópico abordagem preventiva na saúde mental do idoso, surgiram ações preventivas realizadas na saúde mental, expondo que para o cuidado a saúde mental do idoso são necessárias intervenções que estimulem a independência para execução das atividades avançadas de vida diária, haja vista que podem diminuir a incidência de declínio cognitivo; a relevância de intervenção psicoeducativas para idosos do sexo masculino; a importância da inserção em grupos de convivência, no qual há socialização e preservação da saúde mental do idoso, e no caso de idosos institucionalizados destaca-se o treino cognitivo para a memória, com o intuito de preservar a cognição. Mas na realidade dos serviços de saúde, quantitativo de grupos são criados com foco

na doença, porém existem grupos com abordagens gerais, que são conduzidos por saberes verticais, que tentam normatizar o que é certo ou errado, sem o estímulo a criticidade e respeito as experiências de vida das pessoas idosas, sendo fundamental repensar as formas que são conduzidos e de que maneira hábitos de biossegurança podem ser incorporados, pós pandemia, como forma de proteção universal, a exemplo da higienização das mãos e etiqueta respiratória.

Observa-se que as intervenções na área da saúde mental voltadas para a população idosa, tem como foco a promoção da saúde do idoso em processo de adoecimento ou com a doença estabelecida, que objetiva desenvolver competências para o enfrentamento de situações estressoras, em detrimento da prevenção da doença, visando reduzir os riscos da ocorrência do transtorno mental e/ou amenização do sofrimento. Entretanto, ao desenvolver atividades de promoção da saúde mental de forma isolada, os profissionais da saúde podem obter resultados positivos, mas a realização integrada com as atividades preventivas seria a maneira mais efetiva de amenizar a ocorrência dos problemas mentais na população idosa (MURTA, 2014).

Para romper com a discrepância entre a promoção da saúde e prevenção do adoecimento são necessárias estratégias de cuidado a saúde mental do idoso, nesse sentido, a educação popular desenvolvida em grupos de qualidade de vida, pode contribuir para que os profissionais de saúde valorizem os saberes dos idosos. Entretanto, há lacuna de estudos voltados para tal prática, dificultando a visualização de programas que integrem a educação popular aos grupos de qualidade de vida, nos quais, os idosos se beneficiam quando os profissionais empregam metodologias ativas, que fomentam a construção conjunta e a adoção de comportamentos preventivos e posturas proativas do idoso (PATROCINIO, 2013).

Dentre os objetivos descritos no Relatório Healthy People 2000 da OMS, destaca-se a relevância de assegurar o acesso a serviços preventivos, por meio do incentivo da responsabilidade pessoal, que envolve o despertar do autocuidado, solidariedade entre as gerações e a conformação de ambientes amistosos ao envelhecimento. Nesse sentido, os indivíduos e família devem adotar postura ativa no que tange ao envelhecimento, se preparando para a velhice, com posturas saudáveis e preventivas (OMS, 2002). No que tange a solidariedade entre as

gerações, é algo urgente de ser debatido, já que com a pandemia e o avanço das redes sociais, o que se nota é a propagação de memes estereotipados e preconceituosos, que mostram “veios” pulando o muro de casa, desafiando o isolamento, trancafiados, sendo infantilizados, revelando como a população idosa é julgada e tem suas ações normatizadas, mais evidente na pandemia. (OLIVEIRA et.al., 2020).

Nesse quesito o idoso encontra-se vulnerável ao sofrimento mental, pois somado as crenças irreais sobre o envelhecimento, há os fatores socioeconômicos e a faixa etária maior ou igual a 80 anos e o declínio cognitivo que necessita de atenção, sendo essencial o planejamento de ações preventivas, que fomentem o acesso a escolaridade, a renda e a hábitos saudáveis, que juntamente com o acompanhamento do idoso na atenção primária e psicossocial a saúde pode preservar sua capacidade cognitiva (NASCIMENTO et al, 2015). Além disso, a alta prevalência de sintomas depressivos na população idosa requer investimento em ações de prevenção, atentando para a necessidade de práticas que promovam o envelhecimento ativo com a manutenção da atividade funcional, contribuindo para a melhoria da autopercepção de saúde e de satisfação com a vida (BRETANHA, 2015).

No campo da saúde o viés biológico durante muito tempo interferiu na produção de políticas que estivessem voltadas para o desenvolvimento de modelos preventivos. O que se observa são modelos focalizados no diagnóstico e tratamento de doenças, que não se preocupam em intervir para romper com as mazelas que provocam o adoecimento, mas em atuar de maneira pontual quando o indivíduo já possui a desordem (TURA et al., 2014). No qual a ansiedade e a depressão constituem um problema de saúde pública nos idosos e estratégias devem ser implementadas como a associação entre a prática de atividade física e a boa saúde mental, já que a atividade física pode representar um fator importante para reduzir os níveis de ansiedade e depressão em idosos (BEATRIZ, MIGHELLI, 2013).

Em estudo de BRUNONI, (2015) foi encontrada uma redução dos sintomas depressivos, bem como da frequência de idosas com pontuação indicativa de episódio depressivo atual, após o treinamento de força. Para a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde/QVRS, foram encontradas melhoras nas subescalas de capacidade funcional, estado geral da saúde, vitalidade e saúde mental.

O treinamento de força, baseado na percepção de esforço, foi um método efetivo para uma redução nos sintomas depressivos das participantes bem como para melhora da QVRS nas seguintes subescalas: vitalidade, capacidade funcional, estado geral da saúde e saúde mental em idosas. Identificar os fatores que acarretam os sintomas depressivos nos idosos, torna-se necessário, ao ponto que tais informações podem embasar a elaboração de políticas voltadas para a prevenção e tratamento da depressão nesse grupo populacional, englobando aspectos não farmacológicos, como a prática da atividade física (BORGES, 2013).

Estudo de CRUZ (2015), concluiu que há uma associação entre comprometimento da capacidade cognitiva e ocorrência de quedas entre idosos, associado a baixos níveis de escolaridade. Tal resultado reforça a necessidade de investimentos não só na saúde do idoso, mas também na educação dos adultos atuais para que possam envelhecer com autonomia e independência, preservando sua saúde física e mental. Nesse sentido, o cuidado na área da saúde mental, não deve ser visto como internação/isolamento ou controle de sintomas do sofrimento psíquico. Tal cuidado, deve ser realizado cotidianamente envolvendo a atenção ao usuário, família e profissionais de saúde (CARDOSO, 2011). Além de fomentar discussões em espaços gestores que possam pensar em formas de dar visibilidade a saúde mental do idoso, que durante a pandemia foi forçado a priorizar a vida, por meio de ações biologicistas, desconexas do binômio corpo-mente.

O envelhecimento saudável perpassa pelo conceito de envelhecimento ativo, no qual o governo, a sociedade civil e as organizações devem contribuir na elaboração de políticas e programas que visem à melhoria da saúde do idoso, para tanto é necessário valorizar os aspectos do envelhecimento, tratando o idoso como o agente das ações que visem o bem estar físico, social e mental (OMS, 2005). A percepção sobre envelhecimento saudável, pode alterar a conformação de alguns grupos voltados para os idosos na atenção primária, nos quais na maioria das vezes são abordados a prevenção de doenças crônicas (hipertensão, diabetes etc...), podendo fomentar a criação de espaços de convivência, que previna o sofrimento mental, por meio de recursos como musicoterapia, arteterapia, além do estímulo para que haja corresponsabilização, podendo o encontro ser conduzido inclusive por

um dos idosos, evitando cancelamento, caso os profissionais estejam sobrecarregados em decorrência do sucateamento do Sistema Único de Saúde/SUS. Já na rede de atenção psicossocial, a identificação dos idosos que estão vinculados a um usuário, pode fomentar a realização de grupos de família, que previnam o processo de sofrimento mental em idosos, que as vezes não são percebidos, mas que se fazem presente durante as idas de seu familiar ao serviço.

Na abordagem da promoção da saúde mental do idoso, o conceito de saúde deve permear o envelhecimento ativo, perpassando pela manutenção da capacidade funcional e estímulo a autonomia, além do reconhecimento de seus direitos e os princípios relacionados a independência, participação, dignidade e autorrealização preconizados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Entretanto, com a pandemia os idosos tiveram seus direitos e autonomia questionados, já que baseada na recomendação das autoridades sanitárias foi redobrado o cuidado para que não saísse de casa, com ações extremas em algumas cidades, como o corte ao passe de ônibus gratuito. (MARQUES, 2020).

Na pandemia ocorreram outras proibições que impactaram a saúde mental do idoso, como fechamento de estabelecimentos (igrejas), grupos comunitários, retirada de bancos de espaços públicos, que eram justificáveis, mas não haviam propostas que pensassem em como reverter o impacto na saúde mental do idoso, que além de lidar com as perdas ocasionadas pelo processo de envelhecimento, sentiu bruscamente a perda de sua liberdade, vivenciando impactos presentes e possivelmente futuros no período pós pandemia. Conforme o Guia de Saúde Mental Pós-Pandemia no Brasil:

O aumento dos sintomas psíquicos e dos transtornos mentais durante a pandemia pode ocorrer por diversas causas. Dentre elas, pode-se destacar a ação direta do vírus no sistema nervoso central, as experiências traumáticas associadas à infecção ou morte de pessoas próximas na pandemia, o estresse induzido pela mudança na rotina devido às medidas de distanciamento social ou pelas consequências econômicas, na rotina de trabalho ou nas relações afetivas e, por fim, a interrupção de tratamento por dificuldades de acesso. (NARDI., et al, 2022).

A abordagem a saúde mental do idoso, requer movimento para a promoção da saúde a partir da associação entre motricidade e Educação Permanente, como forma de fomentar a o cuidado do idoso em espaços de academia. No estudo de Kerber et al. (2017), foi constatado que a atividade física é uma estratégia para a promoção da saúde, por acrescentar benefícios na motricidade, mobilidade e saúde mental dos idosos. Entretanto, são necessários ambientes que disponham de acessibilidade e atenção interdisciplinar, nos quais os idosos irão se beneficiar por meio do estímulo da capacidade funcional e cognitiva, já a participação em grupos de convivência é um fator protetor da saúde mental do idoso, por elevar o repertório de habilidades sociais, em especial a autoafirmação, se configurando em espaços que fomentam as interações sociais, fortalecendo habilidades sociais e a autoestima do idoso. (ORGARATTO, 2016). Fator limitado no período pandêmico.

Conforme Moraes et al (2014), a realização de exercícios físicos aeróbicos de força por idosos, de forma moderada, podem influenciar positivamente nos sintomas depressivos pelas alterações fisiológicas decorrentes dos exercícios e não pelo contato social promovido pela intervenção. Entretanto, em estudo realizado por Wichimann (2013), idosos que participavam de grupos de convivência, relataram que durante as atividades fazem amigos e compartilham suas experiências, angústias, amores, medo, insegurança, afetos, alegrias e aspectos relacionados a vida, melhorando a capacidade de enfrentar os problemas, em especial quando algum familiar ou amigo morre e estes têm que encarar a realidade de envelhecer na sua ausência, o que torna tais ambientes promotores da saúde mental.

No período da pandemia, os idosos foram privados de contatos sociais, o que pode ter potencializado sofrimento mentais e desordens que precisam ser discutidas para que estratégias sejam pensadas no período atual, como forma de amenizar e reintegrar o idoso na comunidade, para que não ocorra crises de ansiedade generalizada, por falta de acolhimento da população idosa, após tentativa de retorno aos padrões de normalidade social.

As percepções dos idosos sobre a importância do grupo de convivência, evidencia que a interação social fomenta a construção de novas identidades, que são possíveis por meio da convivência intergeracional, além do acesso a informações sobre doenças, o que os auxiliam na gerencia de sua saúde e os tornam multiplicadores dos

conhecimentos adquiridos, ocasionando mudanças, produção de qualidade de vida e autonomia (XAVIER,2015).

Outra estratégia de estímulo ao convívio social, são os condomínios de idosos, nos quais os sintomas depressivos são maiores no grupo de idosos que não participam das atividades propostas, o que requer atenção e elaboração de estratégias de fortalecimento de vínculo, e promoção da saúde mental. Já para os idosos residentes na comunidade, é necessária atenção, para que não ocorra o isolamento, que desencadeia sentimento de solidão, menos energia, maior dificuldade para dormir e maiores arrependimentos em relação aos anos anteriores vividos. Em estudo comparativo, observou-se que ambos os grupos possuem baixas expectativas em relação ao futuro, o que requer atenção (TESTON, 2014).

A promoção da saúde mental do idoso, perpassa pelo conhecimento das alterações fisiológicas (senescência) e patológicas (senilidade), para tanto, é indispensável que haja a educação permanente dos profissionais da atenção primária em saúde e da rede de atenção psicossocial no que tange o cuidado com o idoso, haja vista que estereótipos são comumente atribuídos ao envelhecimento e o idoso precisa ser visto em suas singularidades e subjetividade, o que requer debate contínuo que subsidie o planejamento de intervenções que levem em consideração os ciclos vitais e que englobe a interdisciplinaridade, especialmente no pós pandemia.

É relevante discutir sobre a reabilitação na saúde mental do idoso após a pandemia, onde os cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer, evidenciam que há carência de conhecimento acerca da patologia, que conjuntamente com a sobrecarga excessiva de funções, acarretam tensões, desgaste físico e mental nos profissionais, dificultando a atuação da enfermagem, que deverá estar presente na prevenção, promoção e orientação do cuidado, ao paciente (FARFAN., et al 2017). Para reabilitação do idoso com transtorno mental, estudos apresentam o efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior, reafirmando a relevância do exercício físico também na reabilitação da saúde.

Observa-se que não há quantidade significativa de artigos publicados que tratem da reabilitação da pessoa idosa, no que tange a saúde mental. O que pode ser reflexo da ausência de um local específico para

tratamento dos idosos que possuem algum tipo de transtorno mental, de modo que quando apresentam doença de Alzheimer e Depressão, não são direcionados para o Centro de Atenção Psicossocial ou UBS, mas para Instituições de Longa Permanência/ILPs. No que tange a saúde mental do idoso, as ações de reabilitação dentro da rede de atenção psicossocial, é perceptível nos serviços de Residência terapêutica, no qual há significativo número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, entretanto, no período de estudo, não foram identificadas publicações que abordassem o tema.

LACUNAS EXISTENTES NA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DO IDOSO PRÉ E DURANTE A PANDEMIA

Observa-se ausência de estudos que apresentem experiências na prevenção e promoção da saúde mental do idoso, envolvendo as temáticas: álcool e outras drogas, suicídio e preparo para a aposentadoria, o que requer atenção por parte dos profissionais de saúde, já que é realidade que a pessoa idosa vinculada ao serviço de saúde demandará em algum momento práticas educativas que os empodere para lidar com tal realidade.

Monteiro (2013) relata em estudo a necessidade de relacionar os impactos da aposentadoria na saúde mental do idoso, pois há escassez de artigos que tratam sobre os impactos psicológicos e elevado número que relacionam a aposentadoria a questões físicas e econômicas. Tal pressuposto, envolve o planejamento para a aposentadoria, visando a qualidade de vida, por meio da prática de atividade física regular e aproveitamento de espaços de lazer, nos quais as relações pessoais podem ser potencializadas pela convivência, e construção de novos projetos de vida. Problemas sociais podem desencadear o alcoolismo nos idosos, devendo haver investigação para que estratégias de cuidado possam ser elaboradas.

Nesse sentido, é relevante o conhecimento dos fatores que influenciam no uso de álcool por idosos, possibilitando a identificação de situações de risco e vulnerabilidade. Em estudo de COSTA (2017), constatou-se que os motivos que levam o idoso a consumir bebidas alcoólicas, estão relacionados a socialização. Socialmente o idoso tem

que lidar com adaptações, que podem ser amenizadas, por arte dos profissionais, que ao considerarem as necessidades psicológicas e sociais do envelhecimento, podem propor que ao envelhecer a pessoa se mantenha ativa, substituindo possíveis perdas por novas atividades, ressignificando as perdas ao desempenhar atividades relevantes (SIQUEIRA, 2012). O que foi contrário na pandemia, que dificultou a socialização, pelo isolamento e estimulou a inatividade física, pelo fique em casa, sem estratégia de cuidados em domicílio.

Uma alternativa para ressignificar os projetos de vida do idoso é intergeracionalidade, que acarreta alterações na dinâmica familiar, na qual ao conviver com filhos, netos e outros parentes o idoso pode preservar sua autonomia e independência, possibilitado pela diversificação das funções e mudanças nos papéis sociais, especialmente se compartilham o mesmo domicílio (LOPES & SANTOS, 2009). Entretanto, não pode haver restrição do idoso ao ambiente doméstico, já que desencadeia efeitos negativos para a saúde física e mental, podendo gerar o sentimento de solidão e desânimo, sendo necessária a inserção social do idoso, já que o baixo envolvimento em atividades está associado com o desenvolvimento de fragilidade (Neri et al, 2013). Nos dias atuais, o desafio é a reinserção em um mundo pandêmico, com a naturalização dos cuidados a saúde e medidas preventivas de biossegurança.

No que tange ao suicídio, a subnotificação das tentativas tem dificultado a inserção desse grave problema de saúde pública na agenda política, destacando-se a necessidade da construção de uma linha de cuidado para a população idosa, bem como investimentos em educação permanente sobre o tema do envelhecimento ativo e do acolhimento na crise (CONTE, 2015). Revisão sistemática sobre programas de prevenção ao suicídio em idosos, demonstrou que existe uma carência de estudos baseados em evidências que abordem tal temática (LAPIERRE et al., 2011).

A falta de atenção a população idosa pode estar relacionada à questão de preconceito de idade em decorrência de uma posição capitalista da sociedade que reforçou, por muitos anos, atitudes discriminatórias e de exclusão do idoso, privilegiando os mais jovens em razão do seu potencial produtivo e de vida útil (XAVIER, 2012).

Portanto, são necessárias estratégias de intervenções que previnam transtornos mentais em idosos, que explorem os avanços tecnológicos, de modo que as tecnologias computadorizadas como internet e programas computacionais possam ser utilizadas para a elaboração de ações destinadas a essa clientela (FRANÇA, 2014). De forma, que além da inclusão de temas que são negligenciados nessa faixa etária, possa ocorrer a inclusão do idoso aos avanços tecnológicos, de modo que possa se envolver, contribuir socialmente e preservar sua saúde física e mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo, observou-se que a abordagem a saúde mental do idoso estão voltados para a reabilitação e promoção da saúde mental, em detrimento da prevenção do adoecimento, com elevado número de publicações que focam em determinada área do conhecimento (educação física) e ausência de intervenções que englobem a atuação dos profissionais da estratégia saúde da família e da rede de atenção psicossocial visando a prevenção da ocorrência de transtornos mentais em idosos.

Sugere-se que para superação do modelo biomédico, sejam executadas intervenções que foque na prevenção da saúde mental do idoso, de modo que os grupos de idosos na atenção básica e os grupos de família dos CAPS, trabalhem temáticas voltadas para o autocuidado e adoção de abordagens que perpassam pela atuação dos profissionais no estímulo ao idoso em participação de grupos de convivência, praticar de atividade física regular, execução das atividades de vida diária e preservação da saúde física e mental. Além de um planejamento intergovernamental que possa pensar em formas de preservar a saúde física, por meios de medidas de biossegurança, mas que respeite e integre ao processo de cuidado a pessoa idosa a dimensão subjetiva, valorizando o cuidado em saúde mental, com medidas preventivas que evitem ou retardem a ocorrência de transtornos mentais.

Reiteramos que a Pandemia pôde ocasionar reflexões e despertar de olhares sobre de que forma o idoso pode ser cuidado em seu domicílio, respeitando seus vínculos com a casa, que vive durante anos, ressignificando o ambiente domiciliar para a criação de estratégias

que visem a prática de atividade física, interações e o desenvolvimento do autocuidado dentro de sua residência.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

BORGES, L.M; SEIDL, E.M.F. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Psico USF**; 19(3): 421-431, set.-dez. 2014.

CARDOSO L, GALERA SAF. **O cuidado em saúde mental na atualidade.** www.ee.usp.br/reeusp

CHARIGLIONE, I.P.F; JANCZURA, G. A. Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. **Psico USF**; 18(1): 13-22, jan.-abr. 2013.

COSTA IP DA, OLIVEIRA FKS DE, PIMENTA CJL et al. Aspectos relacionados ao abuso e dependência de álcool por idosos. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, 11(6):2323-8, jun., 2017.

Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral congresso nacional de secretarias municipais de saúde (MS, 2014) **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**, 2011.

FARFAN, A.E DE O; FARIAS, G.B; ROHRS, R.M.S et al. Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer. **CuidArte, Enferm**; 11(1): 138-145, jan.2017

FERREIRA, O.G. L; MACIEL, S.C; COSTA, S.M. G et al. Envelhecimento Ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto -enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, Sept. 2012.

FREIRE, MARIA CÁSSIA CORRÊA MAZZI. Condições de vida e saúde de idosos atendidos em ambulatório de saúde mental. Marília, 2017. **[Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília]**. Acesso em: 02 fev. 2022.

NARDI, A. E; NETO, A.G.DE. A.A; ABDO, C; SOUZA, F.G. DE. M; ROHDE, L.A. Guia de Saúde Mental Pós-Pandemia no Brasil. Brasília. 2022. Acesso em 25 de mar.2022. Disponível em: http://dasu.unb.br/images/Material_educativo/Guia_de_sade_mental_ps-pandemia_no_brasil.pdf.

HAMMERSCHMIDT KS DE A, SANTANA RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. **Cogitare enferm. [Internet]**. 2020. Acesso em 25 de mar. de 2022. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849).

KERBER, V.L; CORNICELLI, M.V; MENDES, A.B et al. Promoção da motricidade e saúde mental dos idosos: um estudo de revisão. **Saude e pesqui. (Impr.)**; 10(2): 357-364, May-Aug. 2017.

LEANDRO-FRANCA, C; MURTA, S.G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicol. cienc. prof. [online]**. 2014, vol. 34, nº 2, pp. 318-329. [viewed December 9th 2014]. ISSN 1414-9893. DOI:.

LOPES, R. & SANTOS, D. F. A família e o idoso. In L. E. L. R. Valle, G. Zarebski & E. L. R. Valle (Orgs), Neurociência na melhor idade: aspectos atuais em uma visão interdisciplinar (pp. 215-222). Ribeirão Preto, SP. **Novo Conceito**. 2009.

LOPES, M. J. MENDES, F. R. P. SILVA, A. O. (orgs.) Envelhecimento–Estudos e Perspectivas. São Paulo: Martinari, 2014. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(3):687-91

MELO, B; MORAES, H; SILVEIRA, H et al. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**; 19(2): 205-214, mar. 2014.

MINAYO, M.C.S; MENEGHEL, S.N; CAVALCANTE, F.G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2665-2674, 2012

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G.M DA; SILVA, A.L.A da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** RIO DE JANEIRO, 2016; 19(3):507-519

NASCIMENTO et al. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **J Bras Psiquiatria**. 2015;64(3):187-92

NERI, A. L., RIBEIRO, L. H. M., COSTA, ET AL. Relações entre atividades sociais, físicas, de lazer passivo e de repouso diurno e fragilidade. In A. L. Neri (Org), Fragilidade e qualidade de vida na velhice (pp. 247-266). Campinas, SP. Alínea (2013).

OLIVEIRA, Alessandra Souza et. al. Representações sociais de idosos sobre a COVID-19: análise das imagens publicadas no discurso midiático. **Revista Kairós – Gerontologia**, v. 23 (Número Temático Especial 28), p. 461-477, 2020. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51564/33667>. Acesso em 01 mar. 2022.

ONGARATTO, G.L; GRAZZIOTIN, J.B.D.D; SCORTEGAGNA, S.A. Habilidades sociais e autoestima em idosos participantes de grupos de convivência. **Psicologia em Pesquisa | UFJF** | 10(2) | 12-20 | Julho-Dezembro de 2016.

PANOZZO, E.A.L; MONTEIRO, J.K. Aposentadoria e saúde mental: uma revisão de literatura **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 16, n. 2, p. 199-209.2013,

PATROCINIO, W.P; TORRES, S.V DE S; GUARIENTO, M.E. Programa de educação popular em saúde: hábitos de vida e sintomas depressivos em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, 2013; 16(4):781-79

PEDUZZI M, SANGALETI C, YONEKURA T, SILVA DRA. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem Soares CB, Hoga LAK, **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(2):335-45www.ee.usp.br/reeusp/

SIQUEIRA, M.E.C de. Teorias sociológicas do Envelhecimento. In: **NERI, Anita Liberalesso (org.)**. Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papyrus, 2012.

SIMÕES, C.H.D; FERREIRA-TEIXEIRA, M.C; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre o envelhecimento. **Boletim de Psicologia**, 2014, Vol. IXiV, Nº 140: 065-077

XAVIER LN, SOMBRA ICN, GOMES AMA, OLIVEIRA GL, AGUIAR CP, SENA RMC. Grupo de convivência de idosos: apoio psicossocial na promoção da saúde. **Rev Rene**. 2015 jul/ago; 16(4):557-66.

XAVIER, B. F. (2012). Um estudo sobre ações sociais do estado brasileiro direcionadas ao idoso e a contribuição do IFRN alusiva a essa temática. **Hollos**, 2, 275-283. doi: <http://dx.doi.org/10.15628/holos.2012.686>

WICHMANN, F.M.A; COUTO, A.N; AREOSA, S.V.C et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, RIO DE JANEIRO, 2013; 16(4):821-83

ZHANG, W. Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang. São Paulo: **Polo Books**; 2020.

CONTENÇÃO MECÂNICA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS NO CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RAFAELLA FELIX SERAFIM VERAS

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, rafafsv@gmail.com;

MAYARA MUNIZ PEIXOTO RODRIGUES

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, mayara_muniz_@hotmail.com;

VALKÊNIA ALVES SILVA

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, , kenia3523@gmail.com;

JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Doutor em Ciências pela EERP-USP. Professora Associada da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PB, jacira-santosoliveira@gmail.com.

RESUMO

A contenção mecânica é uma prática comum e as razões para o seu uso incluem prevenção de quedas. No entanto, o benefício do uso dessa estratégia é controverso. Objetivou-se analisar a produção científica acerca do uso de contenção mecânica para prevenção de quedas em pessoas hospitalizadas. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, SCOPUS e WOS a partir de artigos sobre a temática, publicados no período de 2012 a 2022, nos idiomas inglês, português e espanhol que atendessem a questão norteadora do estudo: “Quais as evidências do uso de contenção mecânica para prevenção de quedas em pessoas hospitalizadas”? Após análise dos estudos, 15 artigos foram incluídos. Os dados foram sintetizados em três categorias temáticas: prevalência e caracterização do uso da contenção mecânica; estratégias educativas para segurança do paciente visando a redução do uso de contenção mecânica em pessoas hospitalizadas; e percepções de profissionais de saúde sobre o uso de contenção mecânica. O uso da contenção mecânica deve ser avaliado pela equipe prestadora de cuidados a fim de reduzir seu uso, visto que a sua indicação inadequada proporciona riscos físicos e psicológicos para a pessoa hospitalizada que se sobrepõe aos benefícios iniciais.

Palavras-chave: Restrição Física, Assistência Hospitalar, Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

A contenção mecânica trata-se da restrição de liberdade de movimento físico por meio do uso de material ou equipamento de difícil remoção anexado ou adjacente ao corpo do indivíduo como cintos, luvas, coletes, grades e cadeiras geriátricas (BLEIJLEVENS *et al.*, 2016).

O uso contenção mecânica é uma prática comum no contexto hospitalar e as razões para o seu uso incluem prevenção de quedas ou de interrupção de terapia em indivíduos que apresentam distúrbios cognitivos e comportamentais (POTER; PERRY, 2012).

No entanto, o uso de tal estratégia é controverso devido as possíveis consequências físicas como agitação, confusão, imobilidade, lesões por pressão e estrangulamento. Além disso apresenta efeitos psicológicos adversos, perda de dignidade, violação dos direitos dos pacientes e até morte (MENEZES; SANTANA; CIMADOR, 2016; SOUZA *et al.*, 2019).

Algum benefício pode ser identificado quando a contenção mecânica é indicada de maneira racional e excepcional estando relacionada promoção da segurança e conforto do paciente. No entanto, o uso desordenado e sem avaliação individualizada pode gerando sensação de falta de autonomia e liberdade (MUÑIZ *et al.*, 2016). Quando indicadas de forma equivocada, especificamente para pessoas idosas com função cognitiva preservada, favorece o desenvolvimento de *delirium* devido a sensação de aprisionamento (SOUZA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, há evidências de que o uso de contenção física aumenta o risco de permanência hospitalar prolongada, quedas, lesões graves e morte. A contenção física também levanta a questão ética de dificultar a autoconfiança do paciente, especialmente em casos de pessoas idosas, e desrespeita sua autonomia e dignidade (BERZLANOVICH *et al.*, 2012).

Entende-se que os pacientes que estão sob o cuidado hospitalar estão em risco aumentado para diversos eventos adversos dentre eles, as quedas. Estas são decorrentes de fatores intrínsecos (presença de doenças agudas, efeitos de medicamentos, dificuldade na marcha, equilíbrio comprometido) e fatores extrínsecos (ambiente

desconhecido, piso escorregadio, iluminação inadequada, dispositivos conectados ao corpo) (DYKES, 2012).

Portanto, as quedas refletem a qualidade da assistência e é um tema considerado por agências internacionais como a *Joint Commission Internacional* e a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma Meta Internacional de Segurança. Estas recomendações embasaram também o Programa de segurança do paciente e Protocolos de Segurança do Paciente no Brasil elaborado pelo Ministério da Saúde (WHO, 2012; JCI, 2014; BRASIL, 2013).

Considerando isso, os hospitais e instituições de saúde devem buscar alcançar as metas por meio de estratégias a fim de promover um cuidado seguro e assistência de qualidade para os pacientes (CORREA, 2012). Porém as medidas a serem utilizadas devem ser ponderadas a fim de não causarem danos que se sobrepõem ao evento que se pretende evitar.

Tendo em vista que as consequências das quedas em pessoas hospitalizadas e a utilização da contenção mecânica como alternativa preventiva representa um dilema para os enfermeiros, que oscilam entre o direito à autodeterminação do paciente e a necessidade de decidirem o que é melhor para ele (BERZLANOVICH *et al.*, 2012; FARIA; PAIVA; MARQUES, 2012).

Deste modo, torna-se importante avaliar de que forma a problemática da contenção mecânica para prevenção de quedas é estudada na literatura nacional e internacional

Portanto, o presente estudo teve por objetivo analisar a produção científica acerca do uso de contenção mecânica para prevenção de quedas em pessoas hospitalizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste num método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

O estudo foi operacionalizado de acordo com as etapas definidas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), que são: identificação do tema e da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão/

exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A questão norteadora do estudo foi: "Quais as evidências do uso de contenção mecânica para prevenção de quedas em pessoas hospitalizadas"?

As seguintes bases de dados foram consultadas: *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *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 com os operadores booleanos respeitando as especificidades de cada base de dados. Utilizou-se a seguinte chave de busca: ("accidental falls" OR "falling" OR "fall") AND ("bed rails" OR "side rails" OR "cot sides" OR "safety rails" OR "restraint") AND ("hospital" OR "hospitalization" OR "inpatient").

Os critérios de inclusão determinados para compor a amostra do estudo foram: artigos publicados no período de 2012 a 2022, 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 realizados em unidades psiquiátricas e pediátricas.

A busca foi realizada no período de abril e maio de 2022. Os resultados 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.

As informações presentes nas publicações selecionadas foram agrupadas em uma planilha eletrônica com os seguintes dados: título, ano de publicação, autor principal, formação acadêmica do autor principal, país de realização do estudo, periódico, objetivo, método, resultados e conclusão. As publicações foram ainda avaliadas quanto ao nível de evidencia científica, considerando a classificação do nível de evidencia quanto a efetividade publicado pelo *Joanna Briggs Institute (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2022)*, cuja classificação está disposta a seguir:

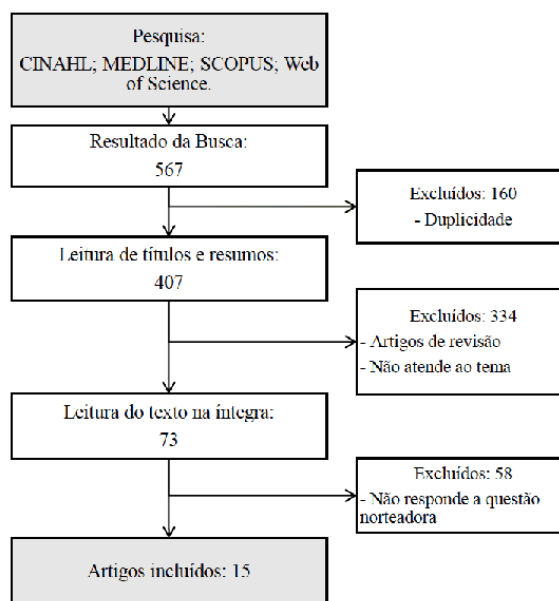
- Nível 1 – Estudos experimentais: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, ensaios clínicos randomizados e pseudo ensaios clínicos randomizados;
- Nível 2 – Estudos quase-experimentais: revisão sistemática de estudos quase-experimentais, estudos experimentais prospectivos e controlados, estudos com pré e pós teste com grupo controle;
- Nível 3 – Estudos observacionais analíticos: revisão sistemática de estudos de coorte; estudos de coorte com grupo controle; estudos caso controle e estudos observacionais sem grupo controle;
- Nível 4 – Estudos observacionais descritivos: revisão sistemática de estudos descritivos; estudos transversais; caso controle e estudos de caso.

Para melhor compreensão, os artigos foram analisados quanto aos objetivos dos estudos, formuladas de acordo com a técnica de análise textual discursiva, que diz respeito a análise de um determinado assunto, podendo ser representada por uma palavra, frase ou ideia (MORAES; GALIAZZI, 2011). Os resultados foram apresentados utilizando figura e quadros 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 567 publicações com a seguinte distribuição: 272 provenientes da CINAHL, 90 da MEDLINE, 24 da SCOPUS e 181 da WOS. A Figura 01 apresenta a síntese dos resultados das buscas segundo as bases de dados consultadas, o número de artigos selecionados 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 2012 e 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Caracterização dos estudos

Foram selecionadas 15 publicações no período de 2012 a 2022. O quadro 01 apresenta a distribuição dos estudos selecionados de acordo com a identificação do autor principal, periódico, ano de publicação, tipo de estudo e nível de evidência.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados de acordo com autor principal, ano de publicação, periódico, ano, tipo de estudo e nível de evidência. João Pessoa, PB, Brasil, 2022.

Autor principal	Periódico/ano	Tipo de estudo/Nível de evidência
Staggs, V. S.	<i>Physical Restraint and Nurse Staffing</i> /2016	Coorte retrospectiva/nível 03
Chou, M. Y.	<i>Journal of Nutrition Health Aging</i> /2019	Coorte retrospectiva/nível 03
Enns, E.	<i>Journal of American Geriatric Society</i> /2014	Estudo quase-experimental/nível 02
Faria, H.	Referência - Revista de Enfermagem/2012	Estudo transversal/nível 04
Fariña-López, E.	<i>Nursing Research</i> /2018	Estudo transversal/nível 04

Autor principal	Periódico/ano	Tipo de estudo/Nível de evidência
Yu, T. K.	<i>Contemporary Nurse</i> /2020	Estudo transversal/nível 04
Thomann, S.	<i>International Journal of Nursing Studies</i> /2021	Estudo transversal/nível 04
Flatharta, T. O.	<i>Age and Ageing</i> /2014	Estudo transversal/nível 04
Hignett, S.	<i>Age and Ageing</i> /2013	Estudo transversal/nível 04
Karaca, T.	<i>Turkish Journal of Geriatrics</i> /2018	Estudo transversal/nível 04
Krüger, C.	<i>International Journal of Nursing Studies</i> /2013	Estudo transversal/nível 04
Kwok, T.	<i>Journal of the American Medical Directors Association</i> /2012	Coorte retrospectiva/nível 03
Sharifi, A.	<i>BMC Geriatrics</i> /2020	Estudo transversal/nível 04
Sousa, L. M. S.	Revista da Escola de Enfermagem da USP/2019	Estudo transversal/nível 04
Francis-Coad, J.	<i>The Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences</i> /2020	Estudo transversal/nível 04

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Quanto a distribuição das publicações (n = 15) por período de publicação, observou-se que houve maior incidência de publicações em 2020, com três artigos publicados (20%), seguido por 2012, 2013, 2014, 2018, e 2019 com duas publicações cada (13,3%).

No tocante aos periódicos de publicação, se constatou uma intensa variação, destacando-se a *Age and Ageing* com duas (13,3%) publicações, as demais revistas não apresentaram mais de uma publicação sobre o tema.

Quanto ao delineamento dos estudos selecionados, houve uma preponderância dos estudos transversais 11 (73,3%) cujo nível de evidência foi o 04. Seguido de estudo de coorte retrospectivo com três (20%) estudo e um (6,6%) estudo quase-experimental.

No que concerne ao país da pesquisa, destacaram-se China com três (20%) seguido por Brasil com duas (13,3%) publicações. Os demais países apresentaram 01 (6,6%) publicação e foram: Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá, Suíça, Irlanda, Irã, Alemanha, Turquia, Espanha e Austrália.

Em relação à formação dos autores principais, observou-se que os artigos foram desenvolvidos em sua maioria por enfermeiros em 10 (66,6%) publicações, seguidos pelos médicos com três (20%), fisioterapeuta e estatístico com 1 (6,6%). O fato desta revisão ter encontrado o maior número de estudos ter sido desenvolvidos por enfermeiros

justifica-se devido ao tempo que esses profissionais se envolvem em atividades a beira do leito. Nesse sentido, dentre as responsabilidades desse profissional estão as atividades de cuidado relacionadas a identificação das necessidades do paciente, detecção e prevenção de erros e quase-acidentes, além de implementação e avaliação do plano de cuidados individualizado (PHILLIPS *et al.*, 2021).

Quanto a faixa etária de paciente estudada ou aquela que foi foco do cuidado, seis (40%) eram representados apenas por pessoas idosas, e os demais (60%) apresentavam pessoas idosas na como foco do cuidado. As pessoas idosas hospitalizadas apresentam maior risco de quedas em relação a indivíduos de outras faixas etárias por apresentarem alterações próprias do processo de envelhecimento e sofrerem maior influência dos riscos ambientais para que as quedas ocorram (BRASIL, 2013).

Categorização temática das publicações

Ao analisar as publicações selecionadas, considerando o objetivo dos estudos, os dados foram sintetizados em três categorias temáticas. A categoria temática 01 foi representada por nove publicações cujo objetivo foi identificar a prevalência e caracterização do uso da contenção mecânica e está expressa no Quadro 02.

Quadro 02 – Distribuição dos estudos incluídos na Categoria Temática 01: Prevalência e caracterização do uso da contenção mecânica (n = 09) de acordo com o objetivo da pesquisa.

Identificação do estudo	Objetivo
CHOU <i>et al.</i> (2019)	Avaliar o efeito negativo do uso de contenção física nos desfechos hospitalares de pacientes idosos.
FARIA; SILVA; MARQUES (2012)	Analisar a problemática da contenção mecânica de forma a identificar a frequência, locais, tipos, localização anatômica da aplicação e os critérios usados pelos enfermeiros para o uso.
YU <i>et al.</i> (2020)	Examinar a prevalência e as implicações do uso de grades nas instalações de reabilitação
THOMANN <i>et al.</i> (2021)	Investigar o uso de contenção incluindo tipo de contenção, razões para o uso da contenção, indicadores de processo ao usar contenção e características do paciente associadas ao uso de contenção.

Identificação do estudo	Objetivo
FLATHARTA <i>et al.</i> (2014)	Determinar a prevalência e os preditores do uso de grades em um hospital de agudos.
HIGNETT <i>et al.</i> (2013)	Explorar quais desenhos de leitos e características do paciente (mobilidade, estado cognitivo e idade) influenciam a probabilidade de trilhos sendo usados nas enfermarias.
KRÜGER <i>et al.</i> (2013)	Investigar a prevalência de restrições físicas e características associados ao uso de contenção física em hospitais de agudos.
SOUZA <i>et al.</i> (2019)	Estimar a prevalência de contenção mecânica no ambiente hospitalar e os fatores associados à sua realização

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em estudo de coorte retrospectiva realizado na China com uma amostra de 3.460 participantes idosos hospitalizados foi identificado o uso de contenção mecânica em 188 (8,3%) indivíduos em pelo menos um momento da internação. Além disso, observou-se um aumento do risco de desfechos hospitalares adversos, como declínio funcional, maior tempo de internação e mortalidade (CHOU *et al.*, 2019).

Outro estudo realizado a partir de uma base de dados de hospitais de Hong Kong identificou 3.384 episódios de contenção que envolveram 850 pacientes observou-se que 59% eram do sexo feminino com idade média de 69 anos. A maioria desses pacientes tinha audição normal (86%), enquanto 46% dos pacientes tinham visão normal. Apenas uma proporção mínima das amostras (3%) estava em uso de drogas psicoativas. Além disso, os pacientes foram classificados como risco moderado para quedas (média de 26,91 pontos pela escala de Morse) e 80% tinham histórico de incidentes de queda (YU *et al.*, 2020).

Outros preditores identificados em um estudo que avaliou 133 episódios de contenção em um hospital universitário foram: presença de leitos elétricos, confusão, estado de alerta reduzido e qualquer dificuldade com a transferência da cama (FLATHARTA *et al.*, 2014). Esses resultados foram semelhantes a outro estudo que analisou 1.799 leitos ocupados no Reino Unido que sugeriram uma probabilidade significativamente maior de uso de grades para leitos elétricos; com pessoas cuja idade era superior a 80 anos; e que apresentavam qualquer nível de confusão ou deficiência de mobilidade (HIGNETT *et al.*, 2013).

Os dados da Suíça e Áustria também foram avaliados e indicaram o uso de as grades da cama como prevalentes, representando 494 (86,7%) casos numa amostra de 29.477 pacientes hospitalizados em 140 hospitais. Neste estudo, foi observado que a contenção esteve presente em 2.577 (8,7%) dos pacientes. Além disso, a dependência de cuidados teve a associação mais forte com o uso de contenção, seguido por transtornos mentais e comportamentais (THOMANN *et al.*, 2010).

Os dados de uma pesquisa realizada no Brasil com uma amostra de 111 pacientes identificou uma prevalência de 51,4% em uso da contenção mecânica. Quanto aos meios utilizadas 100% dos contidos foram utilizadas grades bilaterais no leito, e contenção bilateral dos pulsos em 29,8%. Este estudo também avaliou que os motivos para uso da contenção foram: prevenção de quedas (100,0%) e de retirada não programada de dispositivos invasivos (57,9%) (SOUZA *et al.*, 2019).

A categoria Temática 02 no quadro 03 apresenta três estudos que abordaram estratégias educativas para segurança do paciente visando à redução do uso de contenção mecânica em pessoas hospitalizadas.

Quadro 03 – Distribuição dos estudos incluídos na Categoria Temática 02: Impacto de estratégias educativas na redução do uso de contenção mecânica (n = 03) de acordo com o objetivo da pesquisa.

Identificação do estudo	Objetivo
ENNS <i>et al.</i> (2014)	Implementar e avaliar uma evidência informada estratégia multicomponente para reduzir uso de contenção em idosos admitidos em cuidados médicos agudos unida-des.
KWOK <i>et al.</i> (2012)	Comparar o tempo médio de permanência de pacientes idosos em uma enfermaria médica de convalescença antes e após um programa de redução de contenção.
FRANCIS-COAD <i>et al.</i> (2020)	Identificar a associação entre as intervenções preventivas de quedas presentes no momento da queda lesiva e as circunstâncias lesivas da queda.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

As estratégias presentes nessa categoria visaram a redução do uso da contenção mecânica em pessoas hospitalizadas. Tais estratégias foram avaliadas como forma de programa implementado na instituição visando a segurança do paciente em dois estudos (ENNS *et*

al., 2014; KWOK *et al.*, 2012) e também na identificação de intervenções que foram realizadas em pacientes que caíram durante o internamento um estudo (FRANCIS-COAD *et al.*, 2020).

A implementação de uma iniciativa de melhoria de qualidade multicomponente caracterizado por educação e treinamento com estratégias de reforço apresentou resultados positivos. Após a realização das atividades percebeu-se uma tendência de redução do uso contenção em várias unidades de internamento. Desse modo, percebe-se que antes da intervenção, 13% a 27% dos indivíduos com 65 anos ou mais estavam sendo contidos e após houve a redução para 7% a 14% (ENNS *et al.*, 2014).

Um estudo retrospectivo realizado em um hospital em Hong Kong observou que a menor frequência de uso de contenção esteve associada a uma redução significativa dos dias de internação, especialmente de pacientes com deficiência cognitiva. Tal fato ocorreu após a implementação de um programa de redução de contenção cujo elemento central consistiu em promover o envolvimento dos enfermeiros no planejamento da ação, em vez de simplesmente uma abordagem impositiva e diretiva da gestão hospitalar. Além disso, foram fornecidos treinamentos e apoio contínuo ao pessoal da linha de frente por um pequeno grupo de enfermeiros seniores (KWOK *et al.*, 2012).

Quanto ao horário da contenção, outro estudo identificou maior frequência no início da manhã devido a necessidade de impedir a movimentação de pacientes pelas unidades durante a noite, quando se espera que a maioria esteja dormindo. Tal frequência foi reduzida após a realização das atividades educativas com a equipe de cuidados (ENNS *et al.*, 2014).

A avaliação de estratégias que estavam em vigência no período em que os pacientes sofreram a queda foi realizada por meio de uma coorte retrospectiva de 1.003 episódios de quedas no período de 5 anos em instituições de saúde dos Estados Unidos da América. As intervenções avaliadas foram: alarme no leito, fisioterapia, babá, mudança de quarto (para observação mais próxima da equipe) e contenção física. Os resultados mostraram que 146 (14,1%) caidores lesivos receberam contenção física nas 24 horas anteriores à queda lesiva e permaneceram quatro dias a mais do que aqueles sem contenção (FRANCIS-COAD *et al.*, 2020).

A Categoria Temática 03 foi representada por estudos que avaliaram a percepção da equipe de enfermagem sobre o uso da contenção mecânica, estes estão expostos no Quadro 04.

Quadro 04 – Distribuição dos estudos incluídos na Categoria Temática 03: Percepção da equipe de enfermagem sobre o uso da contenção mecânica (n = 04) de acordo com o objetivo da pesquisa.

Identificação do estudo	Objetivo
STAGGS <i>et al.</i> (2016)	Examinar associações de nível de treinamento da equipe de enfermagem e combinação de habilidades com o uso de restrições.
FARIÑA-LÓPEZ <i>et al.</i> (2018)	Determinar as situações em que a equipe de enfermagem considerava o uso de contenção como mais importante e avaliar as possíveis associações com as variáveis sociodemográficas e profissionais.
KARAKA; ÖZKAN; ÍSTER (2018)	Identificar as percepções sobre o uso de contenção física entre enfermeiros que atuam em enfermarias e unidades de terapia intensiva de três hospitais universitários.
SHARIFI <i>et al.</i> (2020)	Avaliar a percepção de enfermeiros iranianos sobre o uso de restrição física para idosos hospitalizados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A avaliação realizada em três estudos (FARIÑA-LÓPEZ *et al.*, 2018; KARAKA, ÖZKAN, ÍSTER, 2018; SHARIFI *et al.*, 2020) identificaram que os enfermeiros eram favoráveis ao uso de contenção mecânica, este fato foi verificado por meio do “Questionário de Percepção de uso de restrição”. Esta ferramenta é composta por 17 itens que avaliam a percepção da importância de uso de contenção física para cada finalidade detalhada. As médias das respostas de uma escala *likert* de cinco pontos indicam que quanto mais próximo a cinco mais favorável o profissional é para o uso de contenção (HELMUTH, 1995).

Os resultados de um estudo cuja amostra foi composta por 508 enfermeiros e 347 auxiliares de enfermagem identificou que 98% fizeram uso de contenção física visando a prevenção de problemas de segurança. Os principais motivos para uso desse artifício foram: prevenção de quedas e remoção acidental de dispositivos médicos. Os motivos considerados menos importantes foram a substituição da observação da equipe e a prevenção de um idoso pegar coisas de outros (FARIÑA-LÓPEZ *et al.*, 2018).

Quanto ao nível de treinamento dos profissionais, um estudo americano não identificou evidências de que níveis mais altos de pessoal de enfermagem estão associados a menores chances de uso de contenção. Além disso, os autores identificaram variações sazonais do uso desse artifício sugerindo que a qualidade do atendimento ao paciente pode sofrer mudanças quando os modelos de pessoal da unidade não respondem a mudanças no volume de pacientes ou disponibilidade de profissionais (STAGGS *et al.*, 2016).

Todos os estudos dessa categoria indicaram que a realização de estratégias educativas para conscientizar os profissionais de enfermagem quanto aos riscos do uso da contenção mecânica. De modo geral os enfermeiros precisam aprender práticas alternativas para diminuir o uso de contenção, ter conhecimento sobre as questões éticas e legais e considerarem a importante planejar cuidados de enfermagem individualizados (KARAKA, ÖZKAN, ÍSTER, 2018).

Nesse sentido, entende-se que a conscientização quanto ao uso excepcional da contenção mecânica deve considerar que esta decisão deve ser tomada por um profissional de saúde treinado, com conhecimento, habilidade e experiência para realizar a avaliação de risco do paciente. Salienta-se que estas medidas não devem ser substitutivas a observação e acompanhamento adequados pela equipe de enfermagem (SOUZA *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proteção da integridade física da pessoa hospitalizada é uma responsabilidade da equipe que presta o cuidado. Nesse contexto a contenção mecânica é frequentemente utilizada para prevenção de quedas, embora seja uma estratégia controversa.

Percebeu-se que a maior parte dos estudos selecionados eram transversais, desenvolvidos por enfermeiros e destinados ao cuidado a pessoa idosa. As categoriais identificadas visaram caracterizar as contenções, avaliar medidas de prevenção a contenção e percepções da equipe de enfermagem sobre o tema.

Portanto, buscou-se entender o contexto em que essa medida era realizada e as motivações dos profissionais. Nesse sentido, a vigilância da equipe de cuidados não deve ser substituída pela contenção

mecânica devido ao potencial de danos físicos e psicológicos que esta medida pode ocasionar ao paciente. Embora haja uma grande afinidade para o uso de artifício por parte da equipe de enfermagem, os estudos concluíram que deve-se encorajar a realização de estratégias educativas de conscientização quanto aos riscos e uso excepcional.

REFERÊNCIAS

BERZLANOVICH, A. M. SHÖPFER, J. KEIL, W. Deaths due to physical restraint. **Deutsches Ärzteblatt International**, V. 109, N.3, P. 27-32, 2012.

BLEIJLEVENS, M. H. e al. Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi Technique. **Journal of American Geriatrics Society**, V. 64, N. 11, P. 2307 – 2310, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo prevenção de quedas**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

CHOU, M. Y. *et al.* The Adverse Effects of Physical Restraint Use among Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. **Journal of Nutrition Health Aging**, V. 24, N. 2, P. 160 – 165, 2020.

DYKES, P. C. Patient-centered fall prevention. **Nursing Management**, V. 19, N. 4, P. 6 – 10, 2021

ENNS, E. *et al.* A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. **Journal of American Geriatrics Society**, V. 62, N. 3, P. 541 - 545, 2014.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, V. 18, N. 1, P. 9 – 11, 2014;

FARIA, H.; SILVA, A.; MARQUES, P. A restrição física da mobilidade—estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. **Journal**

of Nursing Referência (Revista de Enfermagem Referência), V. 3, N. 6, P. 7 – 16, 2012.

FARIÑA-LÓPEZ, E. *et al.* Physical restraint use with elderly patients: perceptions of nurses and nursing assistants in Spanish acute care hospitals. **Nursing Research**, V. 67, N. 1, P. 55-59, 2018.

FRANCIS-COAD, J. *et al.* Association between characteristics of injurious falls and fall preventive interventions in acute medical and surgical units. **The Journals of Gerontology: Series A**, V. 75, N. 10, P. e152-e158, 2020.

HIGNETT, S. *et al.* Which bed designs and patient characteristics increase bed rail use? **Age and ageing**, V. 42, N. 4, P. 531 – 535, 2013.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. JBI EBP Database Guide, 2022.

KARACA, T. *et al.* Physical Restraint Use in Elderly Patients: Perceptions of Nurses in University Hospitals. **Türk Geriatri Dergisi**, V. 21, N. 4, P. 588-595, 2018.

KRÜGER, C. *et al.* Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. **International journal of nursing studies**, V. 50, N. 12, P. 1599 – 1606, 2013.

KWOK, T. *et al.* Effect of physical restraint reduction on older patients' hospital length of stay. **Journal of the American Medical Directors Association**, V. 13, N. 7, P. 645 – 650, 2012.

MENEZES, A. K. SANTANA, R. F. CIMADOR, F. **Práticas assistenciais restritivas e o paradigma da cultura de não contenção da pessoa idosa.** In: Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. P. 6582 – 6627, 2016.

MUÑIZ, R. *et al.* Reducing physical restraints in nursing homes: a report from Maria Wolff and Sanitas. **Jamda**. V. 17, N. 7, P. 633–639, 2016

FLATHARTA, T. *et al.* Prevalence and predictors of bedrail use in an acute hospital. **Age and ageing**, V. 43, N. 6, P. 801 – 805, 2014.

PHILLIPS, J. *et al.* Nursing and Patient Safety. **Patient Safety**, Network. 2021.

POTTER, P. A. PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

SHARIFI, A. *et al.* Iranian nurses' perceptions about using physical restraint for hospitalized elderly people: a cross-sectional descriptive-correlational study. **BMC geriatrics**, V. 20, N. 1, P. 1-7, 2020.

SOUZA, L. Maria da Silva *et al.* Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V. 53, 2019.

STAGGS, V. S. *et al.* Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. **Journal of General Internal Medicine**. 2017, V. 32, N. 1, P. 35-41.

THOMANN, S. *et al.* Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. **International Journal of Nursing Studies**, V. 114, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneve: WHO, 2021.

YU, T. K. *et al.* Patient safety and bedrail use as a global phenomenon: A prevalence study. **Contemporary nurse**, V. 56, N. 3, P. 204 – 214, 2020.

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA ATRAVÉS DA HISTÓRIA CONTADA E CANTADA EM PESSOAS IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ERICA MARIA BELMIRO DOS SANTOS

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, erica.belmiro.santos@gmail.com;

JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS

Graduada pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba -UFPB, jnds@academico.ufpb.br ;

KATIA NEYLA DE FREITAS MACEDO COSTA

Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal Do Ceará-UFCE, katianeyla@yahoo.com.br;

CRISTINE HIRSCH

Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Bioquímica e Imunologia da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG, crishirsch20@gmail.com;

RESUMO

O envelhecimento populacional é evento global no qual o Brasil vem vivenciando o aumento da população idosa e, com isso, a necessidade de ampliação de práticas e políticas sociais que atendam às demandas desse processo da vida e dos indivíduos que nele se encontram. Nessa perspectiva faz-se necessário ressaltar que a pessoa idosa não necessita apenas de medidas assistencialistas, mas de medidas inclusivas e que estimulem sua autonomia. A contação de histórias e a cantação de músicas, medidas não farmacológicas, podem contribuir para o resgate e/ou fortalecimento da autoestima, uma vez que proporcionam a estimulação cognitiva e o bem-estar, impactando positivamente na qualidade de vida das pessoas. Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, onde estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) descrevem a vivência oportunizada pelo projeto de extensão "Valorização da Memória Contada e Cantada como Estratégia na Atenção Básica à Saúde para Resgate da Autoestima e Empoderamento de Idosos", desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de João Pessoa, Paraíba, de junho à novembro de 2017. As ações propostas pela equipe de extensionistas incluíram oficinas estimulando a contação de histórias pelos participantes do projeto e cirandas com músicas de antigamente. Alternativamente, também foram usados jogos de quebra-cabeça para estimular a participação. O resultado do projeto foi satisfatório, pois os encontros permitiram a criação de vínculos, houve boa aceitação das atividades propostas e um importante espaço de compartilhamento de experiências de vida foi gerado. Ao final, ficou nítido que o apoio social oferecido pelo grupo proporcionou um sentimento de gratidão entre os envolvidos. A partir de práticas baseadas na integralidade, subjetividade e individualidade do sujeito, a parceria ainda enriqueceu a formação das extensionistas e contribuiu com novas estratégias para o trabalho dos profissionais da Unidade de Saúde.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Promoção da Saúde, Atenção Primária a Saúde, Idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional trata-se de um evento global, no qual o Brasil vem acompanhando o cenário demográfico com aumento da população idosa, conseqüentemente a longevidade, somam-se a dificuldades culturais e socioeconômicas que envolvem a pessoa idosa e seus familiares/cuidadores (GUIMARÃES *et al.*, 2019). No mais, o envelhecimento é um ciclo da vida, e como tal devemos considerar suas múltiplas facetas, em que os indivíduos têm suas características biológicas, psicológicas, cognitivas e sociais, assim como saberes e experiências, que foram se somando ao longo da vida e ressignificando no decorrer de sua história, o que configura que se tem muito a oferecer à sociedade (LOUREIRO, 2019).

Defendemos então as teorias, práticas e políticas sociais que enfatizam esse processo da vida e os indivíduos que nele se encontram como um grupo de mais valia para as demais pessoas, grupos e comunidades, nessa perspectiva devemos refletir que a pessoa idosa não só necessita de medidas assistencialistas, mas medidas inclusivas e que estimulem sua autonomia (LOUREIRO, 2019).

Em face das experiências já vivenciadas, a pessoa idosa tem um papel importante na transmissão oral de conhecimentos, valores e cultura, por meio da contação de histórias, conseguem expressar suas memórias, o que lhe tornam protagonistas de sua própria vida (DA SILVA; FREITAS, 2019).

E como forma de promover bem-estar, autonomia, e o empoderamento da pessoa idosa, é necessário a inclusão de atividades que valorizem tudo o que esses indivíduos possam oferecer, bem como atuem na prevenção de patologias, no caso da contação de histórias, que estimulam a memória episódica, a qual o indivíduo recorre para acessar suas lembranças passadas, estando ela relacionada a codificação de informações, armazenamento e evocação de eventos (DA SILVA; FREITAS, 2019; ROCHA; CHARIGLIONE, 2020). Sabe-se que essa memória pode ser afetada por quadros demenciais, alterações do humor, e depressão (ROCHA; CHARIGLIONE, 2020).

No decorrer do tempo, o avançar das tecnologias implantou outros meios de comunicação, o que conseqüentemente colocou os idosos em segundo plano, favorecendo a solidão, isolamento, abandono e

surgimento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT's) (DA SILVA; FREITAS, 2019; ROCHA; CHARIGLIONE, 2020).

Por tanto, a estimulação cognitiva para pessoas idosas, se faz importante na recuperação da autoestima, melhora do humor, qualidade de vida e prevenção de futuros declínios cognitivos para um envelhecimento saudável, devendo os profissionais investir nessas intervenções a medida que, os estudos apontam que a estimulação da memória permite também a capacidade do idoso aprender e a partir disto, utilizar os efeitos dessas estimulações nas suas atividades cotidianas (GOMES *et al.*, 2020).

Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência da vivência de estudantes da graduação em Enfermagem, durante o desenvolvimento do projeto de extensão com idosos na Atenção Básica, por meio da contação de histórias e cantigas de antigamente, visando a estimulação cognitiva dessa população, bem como a promoção da saúde da pessoa idosa na perspectiva da melhora da qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de estudantes da graduação de Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de João Pessoa-Paraíba, durante os meses de Junho a Novembro de 2017, referente ao projeto de extensão intitulado "Valorização da Memória Contada e Cantada como Estratégia na Atenção Básica à Saúde para Resgate da Autoestima e Empoderamento de Idosos".

No que diz respeito ao Sistema de Atenção a Saúde, a cidade de João Pessoa-PB, afim de proporcionar a população o acesso aos serviços em seus níveis básicos até os mais complexos e assistência hospitalar, está demarcada em forma de Distritos Sanitários, os quais recortam toda dimensão territorial da cidade, estes funcionam sob supervisão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), responsável por formular e implantar projetos e programas que visem a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (SMS, 2020). Logo, o projeto contou com a anuência da SMS de João Pessoa-PB, bem como com o seu apoio, durante sua execução.

O projeto tinha como proposta a utilização da contação de histórias e a cantação de músicas de antigamente para a estimulação da memória e a elevação a autoestima dos idosos, como estratégia não farmacológica, de implementação relativamente fácil e que permite a integração social de todos os participantes.

Desta forma, durante o desenvolvimento das atividades, foram realizadas reuniões semanais com os profissionais da Unidade Básica de Saúde, para a elaboração das atividades propostas ao grupo de idosos, seguindo um roteiro semiestruturado preparado pelos extensionistas, foi realizado cirandas com músicas folclóricas cantada pelos idosos; jogos de quebra-cabeça para estimular a memória e de acordo com as peças que eles pegavam para montar foi solicitado que contassem uma história a respeito daquela figura; foi proposto que trouxessem para um dos encontros objetos que considerassem importantes para sua vida e contassem a história daquele objeto e o por que são relevantes para sua vida; a avaliação dos benefícios a saúde, proporcionada pelas atividades eram realizadas através do feedback dos participantes ao fim de cada atividade realizada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto contou com a participação do grupo de idosos da Unidade Básica de Saúde local, totalizando 4 idosos, do sexo feminino, entre 64 e 99 anos, e apresentavam comorbidades com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

A predominância de idosas do sexo feminino durante o desenvolvimento das atividades do grupo, é justificada por estas apresentarem maior preocupação com a saúde, logo as percepções de gênero e saúde favorecem as mulheres no cuidado com sua saúde e a adesão de tratamentos e autocuidado (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016). Não devendo desconsiderar que foram realizados convites na igreja da comunidade para atrair toda população idosa, sem exceção de sexo ou gênero.

Trabalhamos em parceria com a Agente Comunitária de Saúde e a Enfermeira da unidade e isso foi essencial para um conhecimento prévio a respeito do grupo de idosos, desta forma foi possível saber os problemas de saúde, sociais e a realidade em que cada um estava

inserido, isso se faz importante a medida que possibilitou o melhor planejamento das atividades que foram realizadas, bem como para fortalece as relações entre estudantes e profissionais, onde a ciência ultrapassa os muros da universidade e chega a sociedade de uma forma mais acessível, segura e eficaz.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel fundamental na Estratégia Saúde da Família, por terem um contato direto com as famílias durante a visita domiciliar, juntamente com o profissional Enfermeiro, ambos devem conhecer as dificuldades enfrentadas pela população e a partir disto, devem trabalhar em harmonia na perspectiva da resolutividade e da educação em saúde. Neste sentido, o Enfermeiro quanto líder da equipe deve está atento e treinar os ACS's para que estes estejam sempre preparados para lidar com as mais variáveis situações de vulnerabilidade da população (PEIXOTO *et al.*, 2015).

O quadro a seguir apresenta as atividades que foram desenvolvidas no projeto:

Atividade desenvolvida	Instrumentos utilizados	Objetivos esperados
Jogos de quebra-cabeça e ao pegar cada peça, a pessoa contaria uma história a respeito do objeto.	Elaboração da atividade por meio de oficina para produção do jogo manualmente.	Participação de todo o grupo; Estimulação da memória e cognitiva, por meio da capacidade de oratória e associação de figuras com a sua realidade.
Alongamento corporal e Ciranda com músicas folclóricas com participação de todo grupo.	Elaboração da atividade por meio de oficina para selecionar as músicas que foram armazenadas em pendrive e reproduzidas em aparelho de sonoro das extensionistas, e pesquisa de movimentos de alongamento específicos para a pessoa idosa.	Participação e envolvimento de todo grupo; Estimulação cognitiva por meio de atividade física que uniu alongamento e dança, para estímulo ao abandono do sedentarismo.
Contação de história através de um objeto trazido pela pessoa idosa no dia do encontro.	Elaboração da atividade por meio de reunião, na qual foi a proposta foi trabalhar a afetividade dos participantes.	Participação do grupo com a intenção de envolver as lembranças e a afetividade dos idosos, desta forma estimular a partilha de momentos importantes e marcantes em suas vidas por meios dos seus objetos pessoais.

Atividade desenvolvida	Instrumentos utilizados	Objetivos esperados
Criação de Playlist no celular das extensionistas, com músicas de antigamente escolhidas pelo grupo.	Atividade realizada em reunião com grupo, a proposta foi conhecimento e interação entre todo o grupo.	Promover interação e confiança entre o grupo e estimular a memória por meio da escolha das músicas que gostam de ouvir, associando ao ano e vivências passadas.

Ao final dessas atividades eram solicitados feedback ao grupo, um momento agradável que todos se posicionavam e relatavam se suas expectativas foram atingidas, o que sentiram, se tinham sugestões para acrescentar, e todas as devolutivas foram positivas e satisfatórias, principalmente pelo grupo relatar que dávamos atenção ao que eles tinham a falar, o que não ocorria em suas casas, muitas vezes o espaço aberto era oportunidade de desabafo para os problemas enfrentados pelos idosos, sendo uma forma de amenizar suas angústias, receios e medos, proporcionando acolhimento e apoio social.

Logo, a estimulação cognitiva em idosos é uma variável que merece atenção por parte dos profissionais, tendo em vista que o funcionamento cognitivo da pessoa idosa é um importante indicador da condição de saúde, que pode potencializar morbidades como depressão e ansiedade (GOMES *et al.*,2020), tendo em vista as dificuldades já enfrentada por essa população, principalmente no contexto familiar, sendo deixados em um segundo plano, muitas vezes vivenciando um sentimento de solidão, se faz essencial a estimulação cognitiva da pessoa idosa, com atividades produtivas e que elevem sua autoestima e proporcione sensação de protagonismo diante de sua vida, valorizando sua existência e suas ações no decorrer de sua história de vida.

Ao longo do projeto fomos surpreendidos positivamente quando certa vez, uma das participantes levou um álbum de fotos pessoais para nos apresentar, lembrando momentos especiais de sua vida como seu aniversário e viagens, partilhando com todos do grupo suas histórias passadas, o sentimento de gratidão era notável por todos, tendo em vista que sempre éramos deixados em todos os encontros com abraços e agradecimentos.

Um estudo realizado no Distrito Federal, apontou que intervenções cognitivas permitem uma séria de benefícios a população idosa entre elas potencializa melhora nas funções relacionadas a atenção,

memória, linguagem, comunicação e socialização trabalhado em grupo (FREITAS; CHARIGLIONE, 2020).

Ao finalizar o projeto, percebeu-se que as ações executadas obtiveram um resultado satisfatório, pois através do contato e dos encontros marcados, criou-se um vínculo que permitiu uma maior aceitação das atividades que foram utilizadas e propostas ao grupo, contando com o apoio da Enfermeira e da Agente Comunitária de Saúde foi possível o trabalho em equipe e com foco na integralidade do sujeito, mantendo sempre uma visão ampla de grupo e integração.

Este resultado foi possível devido ao vínculo afetivo criado entre os usuários e profissionais desenvolvido através das vivências práticas durante o desenvolvimento das atividades do grupo. Tais vivências forma uma rede de relações interpessoais onde proporciona aos indivíduos além das trocas de experiências vividas e aprendizado, trocas mutuas de carinho e respeito que formam relações de amizade e companheirismo. Essas relações são fundamentais para manter o usuário motivado, e motivação é algo relevante para a manutenção das presenças dos nas praticas grupais (FRIEDRICH et e tal., 2018). Logo podemos destacar a tamanha importância que é a criação e manutenção do vinculo afetivo entre profissionais e usuários como forma de manutenção a garantia da assistência prestada proporcionando benefícios, saúde e bem-estar a esses indivíduos (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Além dos benefícios adquiridos em grupo, vale ressaltar que cada individuo tem sua particularidade, com questões individuais específicas de saúde fisiológica, mental e social necessitando de um plano de cuidado individualizado onde o papel do Enfermeiro se torna crucial na prestação da assistência. O plano de cuidado individual elaborado pelo enfermeiro seguindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tem como finalidade garantir ao individuo que seja lhe ofertados cuidados com base em suas necessidades (CHAVES; SOLARI. 2017).

Dentro da expectativa da pessoa idosa, o enfermeiro é uma figura chave que pode através do plano de cuidado individualizado proporcionar mudanças de hábitos de vida, com ações de promoção à saúde que melhoram e garantem ao idoso qualidade de vida. Isso porque é o enfermeiro, que em alguns casos está mais próximo ao idoso, visto que semanalmente o idoso tem consulta de enfermagem na Unidade

Básica de Saúde, seja para monitorização da pressão arterial, mensuração da glicose ou situações afins (PINTO *et al.*, 2021). Essas consultas são de extrema relevância para a prevenção de complicações a saúde da pessoa idosa.

Essa rotina causa uma aproximação maior entre profissional e usuário que permite ao enfermeiro prestar uma assistência ao idoso dentro da sua integralidade contribuindo para uma melhora significativa no modo de vida o que gera um envelhecimento saudável (SARAIVA *et al.*, 2017). É nessa perspectiva que devemos incentivar os futuros profissionais que estarão na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), para que as pessoas idosas tenham visibilidade, segurança e empoderamento, sendo protagonistas de suas próprias vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de experiências como estas, podemos refletir criticamente sobre o impacto de nossas ações na vida do outro, o projeto de extensão intitulado “Valorização da Memória Contada e Cantada como Estratégia na Atenção Básica à Saúde para Resgate da Autoestima e Empoderamento de Idosos”, possibilitou o estímulo cognitivo de pessoas idosas, e foi mais além, construiu vínculos e laços que ultrapassaram as barreiras e permitiram a aproximação entre usuários, estudantes e profissionais, tendo como centro a humanização do cuidado, o respeito e a integralidade da pessoa idosa, com foco na promoção da saúde, bem-estar e melhora da qualidade de vida.

Os profissionais de enfermagem juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes na Atenção Básica lidam diretamente com a população idosa de suas áreas, portanto devem estar atentos as situações de vulnerabilidades enfrentadas por estes, buscando amenizar seus impactos, com foco no envelhecimento saudável e na independência do sujeito, fortalecendo ações e intervenções em grupos como forma de apoio social e compartilhamento de experiências, considerando sempre a integralidade, subjetividade e individualidade do sujeito, e assim construir uma história de valores, sendo vidas que muda outras vidas.

REFERÊNCIAS

COSTA-JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/sDWmnkgySt7jMsbXWfx36bv/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

CHAVES, L.D.; SOLARI, C.A. Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Martinare**. São Paulo. 2017.

DA SILVA, L. C.; FREITAS, M. C. M. A. Recontando histórias e revivendo memórias: A contação de histórias como resgate de memória para idosos. **Revista Educação, Ciência e Inovação**, v. 3, n. 1, p. 121-131, 2018. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/pedagogia/article/view/4488>. Acesso em: 21 abr. 2022.

FRIEDRICH, T. L. *et al.* Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 373-385, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n65/373-385/#ModalArticles>. Acesso em: 25 abr. 2022.

GOMES, E. C. C. *et al.* Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2193-2202, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bZsMWdLRfFxbwQbnvtpbc88z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.

GUIMARÃES, L. A. *et al.* Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 24, n. 9, 3275-3282. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>. Acesso em: 20 abr. 2022.

LOUREIRO, A. P. F. Desafios do envelhecimento populacional: por uma educação permanente participada. **Laplage em Revista**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. p.42-49, 2019. Disponível em: <https://laplageemrevista.editorialaar.com/index.php/lpg1/article/view/447>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SMS. **Secretaria Municipal de Saúde**. João Pessoa. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretaria/sms/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PEIXOTO, H. M. C. *et al.* Percepção do agente comunitário de saúde sobre educação em saúde em uma unidade básica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2015. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v5i3.912>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/912>. Acesso em: 22 abr. 2022.

PINTO, J. M. *et al.* Atribuições da Enfermagem e a importância do acolhimento do Enfermeiro na Atenção Básica. **Facet Business and technology jornal**. v.1, n. 26, 2021.

ROCHA, F. S.; CHARIGLIONE, I. P. F. S. Memória Episódica e Idoso: Principais Alterações a partir de Diferentes Intervenções Cognitivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3637>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/QSSTzBBPBzyJLz8V6b7Khwq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SANTOS, R. C. de A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 350-359, 2016. DOI: 10.5902/2179769217313. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313>. Acesso em: 26 abr. 2022.

SARAIVA, L. B. *et al.* Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 4, p. 262-267, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n4p262-267>. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/4845>. Acesso em: 26 abr. 2022.

O IDOSO E SÍFILIS ADQUIRIDA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

LENILMA BENTO DE ARAÚJO MENEZES

Doutora em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, lenil-mabento@yahoo.com.br;

JEFFERSON DA SILVA SOARES

Graduando pelo Curso Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, jefferson.soares2@academico.ufpb.br;

JAQUELINE NASCIMENTO DOS SANTOS

Graduada pelo Curso Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, UFPB, jnds@academico.ufpb.br

JOSEFA LEANDRA MACHADO DE ARAÚJO

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau, leandraa.araujo@hotmail.com

RESUMO

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum* transmitida, principalmente, de forma sexual desprotegida. Essa patologia é considerada um problema de saúde pública e o número de casos têm crescido na última década, inclusive entre idosos. Esse público apresenta características fisiológicas que aumentam a vulnerabilidade a infecção. A pesquisa visou demonstrar estudos dos últimos dez anos acerca de sífilis adquirida em idosos. Caracterizou-se por um estudo qualitativo, descrito do tipo revisão integrativa, foram realizadas buscas nas plataformas Scielo, MedLine, PubMed e Web of Science utilizando-se os descritores "syphilis" AND "Treponema pallidum" AND "aged" NOT "Congenital Syphilis". Aplicados os critérios de inclusão e exclusão restaram 5 artigos. Foi demonstrado o crescimento da sífilis no público idoso, prevalecendo entre indivíduos do sexo masculino.

Palavras-chave: Sífilis, Monitoramento epidemiológico, Saúde do idoso.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos há uma mudança na pirâmide etária do Brasil. A sociedade passou a ser mais urbana, com menos filhos e a viver mais anos. A população idosa representa, cada vez mais, uma parcela significativa da sociedade. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), se esse crescimento progressivo se manter nas próximas décadas, em 2050 os idosos representarão cerca de 30% da população brasileira (PULGA et al., 2019).

As mudanças na configuração demográfica do país iniciam-se em meados 1970 com a redução dos índices de fertilidade, aumento da expectativa de vida e a queda da mortalidade infantil - principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Essas mudanças pressionaram o Estado a criar, implantar e modificar políticas públicas de saúde para atender a população. Com o passar dos anos a população tem passado a ser mais longa enquanto continua ativa. Essa situação demanda alterações nas ações do Estado e no paradigma social (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016)

O envelhecimento humano é um processo ao qual todos estão ou estarão expostos. Por volta dos trinta anos de idade o organismo humano chega ao ápice de suas funções fisiológicas, a partir de então passa a acontecer um declínio cada vez mais acentuado. As alterações bioquímicas, psíquicas e sociais, quando ocorrem naturalmente, denominam-se um processo de senescência. Quando ocorrem de forma não natural ou patológica é nomeado de senilidade (FARIAS; SANTOS, 2012).

Fatores como nível de cognição e de funcionalidade são determinantes na saúde do idoso. A funcionalidade global está relacionada com a capacidade de gerir a própria vida (tomada de decisões e resolver problemas) ou cuidar de si mesmo. A gestão da própria vida é característica independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. Esse aspecto pode ser analisado por meio das atividades de vida diária (AVD) (SOARES et al., 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina saúde como mais do que apenas a ausência de doenças, deve-se o bem-estar biopsicossocial-cultural-espiritual. Desta forma, o idoso saudável pode conviver com a senescência, pois o importante é que se sinta bem,

conviva em sociedade e tenha qualidade de vida. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em 2006, busca garantir essas condições (WHO, 2015).

Envelhecer de forma saudável e ativa tem sido cada vez mais estimulado. Em 2002 a OMS lançou o Plano Internacional de Ações sobre o Envelhecimento (PIAE) com estratégias para propiciar o envelhecimento ativo da população. Desde então são criadas políticas de saúde não mais apenas em prol da longevidade, mas estimulando a autonomia, a independência e o bem-estar durante a velhice (ANDRADE et al., 2017)

Ao longo dos últimos anos pôde-se notar mudanças no estilo de vida dos idosos. O avanço das tecnologias de saúde, o estímulo à independência e ação de saúde que promovem o aumento do nível de atividade foram fatores que influenciaram na mudança de hábitos. Um ponto importante a ressaltar é o incentivo, por meio de diversas ações, à convivência tanto entre jovens e idosos, como entre os próprios idosos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Apesar do envelhecimento ter como característica o declínio funcional, isso não significa que a pessoa idosa passará a ser assexuada. A sexualidade, de fato, pode ser afetada, porém, com a mudança de hábitos a libido tem se prologado durante o avançar da idade, promovendo a manutenção das relações sexuais. O desejo de um processo natural, sendo uma necessidade fisiológica e emocional do indivíduo que são saciadas de formas diferentes a depender das fases da vida (ALMEIDA; LOURENÇO, 2019).

A sexualidade está enquadrada como um domínio da qualidade de vida. No entanto, as práticas sexuais entre idosos não os eximem de risco a ISTs. As ISTs são um problema de saúde pública mundial, das quais podemos destacar a sífilis. Nos últimos 10 anos os casos de sífilis adquirida aumentaram cerca de 15 vezes. O diagnóstico é simples e pode ser feito através de teste rápido (CONCEIÇÃO; CAMARA; PEREIRA, 2020).

A sífilis adquirida tem três fases, na fase primária os sintomas aparecem em até 12 semanas após o contágio, sendo múltiplas lesões nos órgãos genitais e linfadenopatia regional, com tratamento em até 3 semanas. A sífilis secundária apresenta sintomas como cefaleia, febre e manifestações maculopapulares generalizadas entre 6 e 8 semanas

após o quadro primário. A sífilis terciária aparece após anos quando a doença não teve tratamento adequado e apresenta lesões cardíacas, neurológicas, viscerais e ósseas (ANDRADE et al., 2017).

METODOLOGIA

O presente trabalho é composto por um estudo de caráter qualitativo e descritivo, do tipo revisão bibliográfica sistemática. A revisão foi organizada seguindo os passos: delimitação do problema de pesquisa e a questão norteadora; escolha de bases de busca; pesquisa na literatura e aplicação de critérios de inclusão e exclusão; análise estudos incluídos, discussão dos resultados, e a apresentação da revisão.

A definição da pergunta norteadora determinou o caminho a seguido e meta a ser alcançada. A escolha das bases de dados foi feita com cuidado para que se pudesse ser a mais ampla e diversificada. A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída. E análise dados foi realizada de forma rigorosa para que os artigos selecionados fosse compatíveis com a temática

Para o estudo, foram levadas em consideração publicações (artigos originais, de revisão ou protocolos clínicos) português ou inglês foram selecionadas nas plataformas de base de dados Scielo®, MedLine®, PubMed® e Web of Science® com uso dos seguintes descritores: "syphilis" AND "Treponema pallidum" AND "aged" NOT "Congenital Syphilis".

O acesso às plataformas supramencionadas foi realizado através do acesso CAFE (Comunidade Acadêmica Confederada) através da Universidade Federal da Paraíba. Através disso é tem-se a possibilidade de incluir artigos que são de acesso fechado ou pagos. O acesso é oferecido aos docentes, discentes e demais funcionários que estejam cadastrados ao SIGAA (Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas).

Foram considerados nesta revisão bibliográfica, estudos publicados entre os anos de 2012 a 2022, que apresentaram relação com a temática desenvolvida. Artigos duplicados, publicados a mais de dez anos, realizados em outros países e que não correspondem ao tema proposto foram excluídos.

Na presente revisão sistemática, aplicando-se os critérios de inclusão, encontraram-se um total de 942 artigos. Posteriormente, foram excluídos os estudos realizados fora Brasil, assim, alcançou-se o total de 32 artigos. A próxima etapa foi de leitura dos resumos, buscando verificar se o conteúdo do trabalho se enquadrava com o tema.

Após a leitura dos resumos, 21 artigos foram excluídos por não apresentarem características da temática. Dos 11 trabalho classificados para fase de leitura completa, foram descartados mais 6 artigos, totalizando 5 artigos restantes. A análise final buscou verificar se os estudos falam especificamente e de forma conjunta sobre sífilis adquirida, idosos e a realização no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O aumento significativo da população idosa está relacionado ao aumento da longevidade e melhora da qualidade de vida. Com isso, há prolongamento da vida sexual e resistência ao uso de preservativos, ocasionando a disseminação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como a sífilis, causada pela bactéria *Treponema pallidum* (T. pallidum) (PULGA et al., 2019).

Caraterísticas da Sífilis

A sífilis é uma infecção curável que se manifesta apenas em seres humanos. Seu agente etiológico é uma bactéria de forma espiral do grupo das espiroquetas, gram-negativa, anaeróbia facultativa e catalase negativa. A patologia pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios. As manifestações da sífilis primária, secundária, latente e terciária tem diferentes características (MANUAL TÉCNICO PARA DIAGNOSTICO DE SÍFILIS, 2022)

Na sífilis primária aparecem pequenas feridas genitais, também chamadas de cancro duro, e desaparecem espontaneamente não deixando cicatrizes ou outras marcas na região das virilhas. Na segunda fase da doença são notadas manchas vermelhas na pele, na mucosa da boca, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. Também pode haver sintomas como: febre, dor de cabeça, mal-estar, linfonodos aumentados em diversas áreas do corpo (MANUAL TÉCNICO PARA DIAGNOSTICO DE SÍFILIS, 2022).

No decorrer da sífilis secundária as manifestações podem regredir sem tratamento, porém, é preciso ressaltar que a doença continua ativa no organismo. Com relação a fase terciária da patologia, destaca-se o comprometimento do sistema nervoso central, do sistema cardiovascular com inflamação da aorta, lesões na pele e nos ossos. Essa fase tem complicações mais severas, no entanto, não é comum, pois só aparece quando não é tratada ou tem tratamento inadequado (MAHMUD et al., 2019)

Com relação à sífilis latente se pode definir como o período em que não é possível observar sinais ou sintomas clínicos da sífilis. Esse período pode ser com menos de um ano de infecção (sífilis latente recente) e após um ano de infecção (sífilis latente tardia). Mesmo sem sintomatologia, o indivíduo é capaz de transmitir a doença. Nesse estágio é importante realizar testes mais específicos, normalmente, o exame de líquido para verificar se o sistema nervoso não foi afetado (NONATO et al., 2020).

O tratamento da sífilis é considerado simples, a depender do estágio da doença em que o indivíduo está. A terapêutica é composta de doses do antibiótico penicilina benzatina, que é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde. Quando o rastreo é eficaz e o diagnóstico é realizado com pouco tempo de exposição a dose é única e realiza-se teste não o treponêmico trimestral. A dosagem é aumentada em caso sífilis latente tardia, assim, o esquema de tratamento é estabelecido em doses semanais durante três semanas (MAHMUD et al., 2019). No ano de 2019, a OMS destacou que no período de 2009 e 2016, pesquisas identificaram cerca de 376 milhões de casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis no mundo. O destaque foram os 6,3 milhões casos de sífilis, que no ano de 2019 chegou a 12 milhões de casos. Ainda vale destacar que a presença dessa patologia, segundo a OMS, aumenta em até 18 vezes o risco de uma pessoa ser infectada pelo HIV. Percebe-se que com o passar dos anos a sífilis tem voltado aos altos índices (SBMT, 2019)

O crescimento do número de casos de sífilis ocorre não somente entre os jovens, mas também entre os idosos. O Ministério da Saúde em 2016, publicou dados que evidenciam uma grande expansão nos índices da doença entre as pessoas a partir de 60 anos. Alguns fatores determinantes para este aumento são: o prolongamento da vida sexual, além da falta de informação sobre ISTs (MAHMUD et al., 2019).

Diante disso, ressalta-se a importância de pesquisar acerca do tema. É notável a vasta literatura sobre os temas sífilis adquirida e idoso, entretanto, os temas são quase que exclusivamente tratados isoladamente. Esse cenário pode ser entendido pela visão sobre os idosos que a sociedade formou como um ser passível, fragilizado e sem vida sexual ativa.

Portanto, estudar o tema é uma forma de quebrar esse paradigma (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Considerações sobre o envelhecimento

O envelhecimento pode ser encarado, de forma simplista, como uma medida do passar do tempo. O envelhecimento humano é um processo multifatorial caracterizado por alterações fisiológicas (biológicas, psíquicas e sociais). O processo natural de mudanças fisiológicas, e suas consequências, com o avanço da idade é denominada senescência. Quando tais mudanças acontecem com características patológicas é nomeada, que é diferente de senilidade. Já a velhice difere de ambos (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

O termo velhice é uma convenção social resultado de aspectos físicos e sociais. O organismo humano alcança o ápice por volta de 30 anos, a partir daí há um gradual declínio das funções, diferindo entre pessoas. A senescência é um processo intracelular progressivo, sistêmico, multifatorial e cumulativo, assim, modifica o organismo a longo prazo. Tais alterações, a certo ponto, levam a maior vulnerabilidade, mas que não podem ser considerados, por si só, motivos para doenças (DARDENGO; MAFRA, 2018).

As alterações nos mecanismos de homeostase podem interferir no metabolismo hidroeletrolítico, levando a desidratação. A redução dos níveis de água corpo causam ressecamento cutânea, ocular e de mucosas, além de sarcopenia e osteopenia. O acúmulo de gordura também é uma mudança com a idade. Ademais, o índice de massa corporal tende a elevar-se com o envelhecimento. Nos idosos, os pontos de corte do IMC sugeridos pela OMS são específicos para idosos, sendo classificados como: eutrofia (22-27), subnutrição (<22) e obesidade (>27) (MARQUES, 2019).

O declínio da imunidade (imunossenescência) expõe o indivíduo a doenças infecciosas, autoimunes e neoplásicas. O sistema auditivo

ainda conta com sistema vestibular, responsável pela manutenção do equilíbrio juntamente com a visão e a propriocepção. A diminuição da habilidade de se sustentar interfere na realização AVD e aumenta o risco de queda. Com relação ao paladar do idoso, há degradação de estruturas gustativas o que está relacionado com hábitos como redução do sal e do doce, podendo causar desinteresse pela comida (BAUER, 2019).

A diminuição da sensibilidade das glândulas olfativas promove mudanças na percepção de cheiros e possível redução e também afetam o paladar. Já a pele passa a ter característica de xerodermia e fragilidade capilar pode levar a sangramentos cutâneos.

Ademais, a redução da capacidade de trocas respiratórias e manutenção de gases na forma adequada aumentam o risco de infecção respiratória (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

O sistema cardiovascular sofre com a degradação dos miócitos, das válvulas cardíacas e o sistema de condução de impulsos elétricos causando aumento da pressão sistólica. Além disso, apesar de haver uma lentificação da cognição funcional, não deve ser encarado como causa de "demência senil" ou "caduquice" (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Todavia, a pessoa idosa não deve ser considerada assexuada, cada fase da vida tem suas características para satisfação sexual e afetiva. Com relação ao aparelho gastrintestinal passa a sofrer com constipação causado, em parte, pelo enfraquecimento das paredes intestinais e aparecimentos de divertículos, ainda assim, os impactos da senescência são mínimas neste sistema (ALMEIDA; LOURENÇO, 2019).

Considerações sobre a vulnerabilidade

Quando se fala de saúde da pessoa idosa não se deve restringir ao controle de doenças crônicas não-transmissíveis. Deve-se considerar o conceito de como o equilíbrio entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Porém, o modelo de atenção saúde biomédico não tem mostrado eficácia na prevenção, educação e intervenção. É necessário não se restringir às complicações advindas de afecções crônicas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

É preferível uma abordagem que previna problemas. A aplicação de teste para o rastreio da vulnerabilidade em prol da vigilância através de todos os membros da equipe de saúde é fundamental. Os instrumentos de avaliação podem detectar distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre que podem indicar fragilidade (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O processo de envelhecimento não é sinônimo de dependência, mas alguns processos fisiológicos podem ter como consequência fragilização do idoso. Alguns estudos mostram a associação significativa entre os níveis de fragilidade e os índices de vulnerabilidade. A literatura demonstra relações importantes entre fragilidade/vulnerabilidade e os seguintes aspectos: maiores taxas de hospitalização, declínio da capacidade funcional e cognitivo, institucionalização e risco de queda (FARIAS; SANTOS, 2012).

Muito se fala sobre o envelhecimento ativo, muitas unidades de saúde promovem grande número de ações para promoção do envelhecimento ativo. Entretanto, antes disso deve-se identificar as fragilidades do processo. O prioritário é suprir as carências, promover o desenvolvimento saudável e, só então, focar nas ações envelhecimento ativo. Para resolver algumas dessas demandas é necessário identificar os problemas a serem resolvidos (TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

O envelhecimento saudável depende de identificar e intervir quanto as vulnerabilidades. Para isso alguns instrumentos são necessários, sendo que aplicação desses deve ser realizada de forma correta. Isso ressalta um problema na Atenção Básica de Saúde, o nível de complexidade desses instrumentos. Para tanto, pode haver duas soluções, o treinamento dos profissionais para aplicação ou busca por questionários de menor complexidade (TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

Abordagem do estudo

A revisão integrativa tem uma ampla abordagem metodológica vislumbrando uma compreensão completa do fenômeno analisado. Pode combinar dados da literatura teórica e empírica. Por aceitar diversas

metodologias de estudo conta multiplicidade de propostas, para chegar a um entendimento válido sobre o problema a ser avaliado. Tal metodologia de pesquisa foi escolhida por sua capacidade de abordar uma grande quantidade de estudos.

Neste trabalho de revisão, a investigação iniciou-se 942 artigos e aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a um total de 5 artigos selecionados, de 2012 a 2022. O caminho até isolar os artigos relacionam a sífilis adquirida em idosos no Brasil, e dados epidemiológicos estão demonstrados na figura 1.

Figura 1 – Representação gráfica do processo de seleção dos estudos resultantes da busca: “*syphilis*” AND “*Treponema pallidum*” AND “old-aged”, nas bases Scielo®, MedLine®, PubMed® e Web of Science®.



Fonte: Acervo pessoal

Refletindo sobre os estudos

No presente estudo de revisão, após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se a um total de 5 artigos selecionados, de 2012 a 2022. Os artigos relacionam a sífilis adquirida em idosos em

diferentes abordagens sobre o tema. Em alguns dos estudos selecionados a sífilis é analisada em meio a outras ISTs e não como tema principal da pesquisa. Algumas características de cada trabalho estão presentes na tabela 1.

Tabela 1 – Estudos epidemiológicos e de vulnerabilidade relacionados a sífilis em idosos.

Autor/ ano	Método	Resultados/Conclusão
Andrade et al. (2017)	Estudo transversal: prevalência de ISTs (sífilis, hepatite B e HIV) em idosos de Botucatu/São Paulo entre 2011 e 2012	Prevalência de ISTs de 3,4% em idosos, sendo 2,6% para sífilis, 0,5% para hepatite B e 0,3% para HIV. Os resultados também mostraram que mulheres tiveram doze vezes mais chance de adquirir ISTs em relação aos homens. Além disso, idosos com histórico de ISTs apresentaram cinco vezes mais chance de ISTs, quando comparados àqueles sem história
Mahmud et al. (2019)	Levantamento bibliográfico: casos de sífilis em idosos de Porto Alegre/Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2017	Os dados mostraram 206 casos de sífilis adquirida em idosos em 2015, 92 casos em 2016 e 40 casos até o 1º semestre de 2017. O aumento da sífilis no público idoso pode estar relacionado à vida sexual ativa e incentivo a atividades coletivas, possibilitam o encontro de idosos com maior frequência
dos Santos Nonato et al. (2020)	Estudo descritivo: estimativa da população infectada com sífilis entre 2013 e 2017, através de dados fornecidos pelo Laboratório Central de Saúde Pública do município de Rio Branco/Acre	Prevalência de sífilis em indivíduos com idade entre 20 e 30 anos. Além disso, um total de 4,3% de idosos foram diagnosticados com sífilis adquirida, sendo 2,7% do sexo masculino. Os resultados mostraram que a prevenção da sífilis e de outras ISTs deve ser intensificada, principalmente na população idosa, pois este público é ainda desinformado quanto às ISTs.
Lofiego et al. (2020)	Coleta do número de casos de sífilis de 2007 a 2017, por meio de dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do município de Varginha/Minas Gerais	O estudo apontou que o grupo entre 50 e 79 anos correspondeu a 3% dos casos de sífilis, apresentando um aumento de 1 caso em 2014 para 8 casos em 2017. Idosos do sexo masculino foram os mais diagnosticados com sífilis. Além disso, o estudo mostrou que o padrão socioeconômico interfere na informação sexual e cuidados com a saúde, contribuindo para diagnósticos tardios e disseminação da sífilis.
Fernandes da Silva et al. (2021)	Estudos de dados epidemiológicos de sífilis em idosos entre 2010 a 2020 em Patos de Minas/Minas Gerais	Os dados epidemiológicos mostraram que o sexo desprotegido foi o fator principal relacionado aos casos de sífilis em idosos, principalmente do sexo masculino. Dos 464 casos de sífilis notificados de 2010 a 2020, 26 eram de idosos entre 60 e 80 anos. A sífilis é uma doença de notificação compulsória e, portanto, os dados podem ser maiores, pois muitos indivíduos não procuram tratamento.

Fonte: dados do estudo

A primeira análise trata-se da prevalência de ISTs (sífilis, hepatite B e HIV) entre idosos no interior do estado de São Paulo no período entre 2011 e 2012. Foi demonstrado a prevalência em idosos, principalmente sífilis. As mulheres apresentaram doze vezes mais chance de adquirir ISTs em relação aos homens. O risco de sífilis tem sido maior por diversos fatores como maior longevidade.

Além da maior expectativa de vida, a maior exposição das mulheres ao risco de sífilis está relacionado com o papel social feminino. É preciso refletir que apesar da mulher, hoje, ter autonomia, independência e está no mercado de trabalho, esse papel é recente. As mulheres idosas passaram por uma formação social diferente da atual. Essas mulheres ainda se sentem submissas aos parceiros, mesmo que esses mantenham relações extraconjugais, o que pode agir como via de transmissão (BRANDÃO et al., 2020)

A questão do entendimento, por parte da sociedade, que a pessoas idosas já concluíram as etapas da vida influenciam no cuidado de saúde das mulheres. O público feminino que antes frequentava o ginecologista, em média, uma vez por ano passa a frequentar cada vez menos e quando atingem a chamada terceira idade cessam o acompanhamento. É importante frisar que os exames ginecológicos devem ser continuados, pois são uma importante ferramenta de rastreio (DARDENGO; MAFRA, 2018).

O segundo artigo analisado tratou de foi um levantamento bibliográfico de sífilis adquirida entre idosos no Rio Grande do Sul em dois anos (2015-2017). Foram evidenciados 206 casos de sífilis adquirida em idosos em 2015, 92 casos em 2016 e 40 casos só até junho de 2017. Apesar do estudo trazer um aparente declínio nos números de casos dessa infecção é preciso trazer a discussão uma questão importante, a subnotificação.

A sífilis é considerada de notificação compulsória, ou seja, deve ser comunicado em casos individuais, agregados ou suspeitos. A notificação é obrigação dos profissionais de saúde, gestores ou responsáveis pelo serviço público ou privado. Quando realizada corretamente colabora com criação e implementação de medidas de controle. A subnotificação ou notificação incorreta é um dos empecilhos aos sistemas de informação em saúde (DOMINGUES et al., 2021)

A sífilis é considerado um problema de saúde pública no Brasil há décadas. Entretanto, a notificação compulsória da patologia foi

instituída somente de 2010, conforme Portaria Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. As subnotificações dos casos de sífilis não é um problema exclusivo brasileiro, diversos países apresentam recorrentes complicações. A grande consequência é persistência da sífilis como um problema de Saúde Pública na América Latina e Caribe (TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

A estudo analisado posteriormente, o terceiro, se tratava de um estudo descritivo que elaborou uma estimativa da população infectada com sífilis entre 2013 e 2017. Os dados da pesquisa em questão foram levantado através de dados fornecidos pelo Laboratório Central de Saúde Pública do município de Rio Branco/Acre. A SBMT (Sociedade Brasileira de Medicina Tropical) publicou em 2017 dados que demonstravam o Acre como o estado com maior aumento de sífilis adquirida nos últimos três anos.

Um total de 4,3% de idosos foram diagnosticados com sífilis adquirida, sendo 2,7% do sexo masculino. A transmissão da doença é cenário que não configura dificuldade de entendimento, visto que a literatura traz em diversos estudos a característica do pouco cuidado da saúde. O homem tem histórico de não estabelecer, ou estabelecer pouco, o autocuidado e autogestão da saúde (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

A falta de autocuidado é um fator determinante da alta prevalência de diversas doenças no sexo masculino. Um fator que corrobora é própria formação do homem enquanto ser social. A sociedade estabeleceu um componente patriarcal que consolidava a imagem do homem como um ser forte e invulnerável. Por vezes, a doença foi encarada com fraqueza, assim, mesmo essa visão estando sendo modificada os homens ainda se expõe mais a doenças sem os devidos cuidados (FERNANDES DA SILVA et al., 2020)

A falta de tratamento é predecessor da infecção. O abandono de tratamento é recorrente entre o sexo masculino e mesmo que os sintomas não continuem a doença continua instalada no organismo. Quanto a isso, duas grandes preocupações devem ser ressaltadas: o desenvolvimento de sintomas mais graves como lesões cardíacas, neurológicas, viscerais e ósseas; e a continua transmissão da doença, o que eleva os índices, causa danos a população e eleva os gastos públicos com saúde (MACHADO et al., 2021)

O quarto estudo analisou o número de casos de sífilis de 2007 a 2017 na cidade de Varginha, estado de Minas Gerais. Os dados foram fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do município. Os dados evidenciaram que os casos de sífilis em indivíduos com idade entre 50 e 79 anos correspondeu a 3%, aumentando com o passar dos anos.

A pessoa idosa tem condições de manter a vida sexual ativa, mas é importante que esteja ciente da necessidade do uso do preservativo. O preservativo é uma das medidas mais eficientes na prevenção de IST. Uma pesquisa evidencia que a prática sexual protegida entre brasileiros com idade entre 18 e 29 anos é apenas de 36,5%, esse valor cai para 11,6% quando os indivíduos tem idade acima de 60 anos. (Valor globo 2021, google)

Entretanto, não se pode ignorar a possível falta de informação dos idosos sobre a temática. É preciso refletir que na fase de juventude esses indivíduos tinha uma visão diferente sobre o sexo do que temos hoje. Décadas atrás as relações sexuais eram mais comumente associados a reprodução, pressões da sociedade – especialmente entre mulheres. Assim, é necessário uma reeducação sexual para alerta-los aos riscos de ISTs.

Dos Santos Nonato et al. (2020) chama atenção para relação entre falta de informação por profissionais da saúde e o aumento índices de infecções por sífilis nos últimos anos. Por sua vez, o profissional de saúde também deve orientado a considerar o risco de acordo com o contexto do paciente, além de orientar os pacientes em relação às prevenções, diagnóstico e tratamento.

Para a verificação do estudo de da Silva et., quinto trabalho analisado, houve uma atenção a relação da doença com o sexo. Esse trabalho foi realizado entre 2010 a 2020 no município de Patos de Minas, no estado de Minas Gerais. Foi notado que a pesquisa relacionou a prevalência de sífilis adquirida em idosos com o sexo masculino. Na cidade dos 464 casos de sífilis notificados de 2010 a 2020, 26 eram de idosos entre 60 e 80 anos. Como já foi evidenciado nos últimos anos ocorreu o aumento da taxa de IST em idosos de forma geral, isso relacionado ao aumento da longevidade e melhora da qualidade de vida. Obviamente, tem-se que considerar que a pelo menos uma década não havia a especificidade dos testes de hoje, tão pouco a preocupação e foco nesse público. Esses aspectos aumentam a quantidade de notificações e chama atenção para o problema (ANDRADE et al., 2017).

Porém, cada vez mais, o comportamento dos comportamentos da pessoa idosa tem sido o foco da discussão e encarada como causa. O envelhecimento, através de processos fisiológicos, causam uma diminuição na libido, mas não elimina o desejo sexual da população idosa. O desejo e a prática sexual é saudável e representa bem-estar, todavia, quando praticada de forma insegura considera-se risco a saúde (UCHÔA et al., 2016)

Tem-se desenhado uma tendência inversamente proporcional entre idade uso do preservativo, ou seja, quanto maior a aumento da idade, menor o uso do preservativo. O fato de não haver preocupação com o evento da gravidez tem sido uma justificativa para o não uso. Outro obstáculo ao uso do preservativo é a falta de habilidade para vesti-la, seja homem ou mulher. Entre as dificuldades à adesão ao uso do preservativo deve-se considerar a submissão da mulher idosa aos desejos do companheiro

O envelhecimento é caracterizado enfrenta as mudanças naturais cumulativas (senescência), diversos sistemas são afetados (muscular, neural, muscular, etc.) (DIAS et al., 2020). Dentre os principais sistemas fisiológicos afetados destaca-se o imunológico. Esse sistema envolve uma série de células e órgãos, garante proteção do organismo, evita corpos estranhos e patógenos. O declínio do sistema imunológico (imunossenescência) e propicia maior vulnerabilidade e exposição a doenças (TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, os artigos abordados nesta pesquisa demonstra um crescente número de casos de sífilis no Brasil na última década. O eixo de discussão foi que esse aumento tem incluído as pessoas idosas. A prevalência de casos é maior entre os idosos mais jovens, ou seja, idade entre 60 e 69 anos. Alguns fatores para o crescimento da taxa de infecção entre idosos formam destacados como aumento da longevidade e melhor qualidade de vida.

O prolongamento da vida não os exime dos processos do envelhecimento como a imunossenescência, síndromes da fragilidade e síndromes geriátricas. Tais aspectos aumentam o índice de vulnerabilidade do idoso o expondo a infecções e doenças crônicas. Apesar

dos aspectos de vulnerabilidade, é notável que os idosos tem sido mais ativos e convido em sociedade.

O idoso tem desfrutado do sexo por mais tempo, isso significa que também é mais exposto às infecções sexuais. Esse individuo não deve ser repreendido por essa atividade, menos ainda ser considerado assexuado, o necessário é que seja tomados cuidados. Dentre as principais ações para prevenir a sífilis em pessoas idosas, destaca-se o rastreio de vulnerabilidade e a educação em saúde. Diante disso, é necessário fometar pesquisas para entender como está sendo feito esse rastreio na Atenção Básica. Ademais deve-se intensificar as ações de promoção e educação em saúde com idosos, sobretudo abordar a educação sexual.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. DE; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, p. 101–114, 4 nov. 2019.

ANDRADE, J. et al. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, p. 8–15, fev. 2017.

BAUER, M. E. Imunossenescência: envelhecimento do sistema imune. [s.l.] **edipucrs**, 2019.

BRANDÃO, B. M. L. DA S. et al. Relação da cognição e qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 8 jul. 2020.

CONCEIÇÃO, H. N. DA; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1145–1158, 9 mar. 2020.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, n. 2, 2018.

DIAS, A. L. P. et al. Associação da capacidade funcional e violência em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2 nov. 2020.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 15 mar. 2021.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. DOS. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, p. 167–176, mar. 2012.

FERNANDES DA SILVA, G. et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO IDOSO COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR. **Revista interdisciplinar em saúde**, v. 7, n. Único, p. 16–32, 29 fev. 2020.

LOFIEGO, F. S. DE S. et al. Análise do perfil epidemiológico de notificações de sífilis na cidade de Varginha-MG nos anos de 2007 a 2017/ Epidemiological profile of syphilis notifications analyses in the city of Varginha-MG in the years 2007 to 2017. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 15557–15568, 2020.

MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, n. 27, p. 223–238, 10 maio 2018.

MACHADO, M. et al. Relação entre os casos de sífilis e a estratégia saúde da família no nordeste brasileiro: Relação entre os casos de sífilis e a estratégia saúde da família no nordeste brasileiro. **Enfermería Global**, v. 20, n. 1, p. 305–340, 1 jan. 2021.

MANUAL TÉCNICO PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-tecnico-para-diagnostico-dasifilis/>>. Acesso em: 1 jun. 2022.

MARQUES, A. P. DE O. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, p. 231–242, 13 dez. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D. DE; BARBOZA, T. M. Difficulties of the man in primary healthcare: the speech of nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2014.

NONATO, O. C. DOS S. et al. Panorama da Sífilis no município do norte brasileiro no período de 2013 a 2017. **Rev. epidemiol. controle infecç**, p. 52–58, 2020.

PULGA, G. et al. Dados epidemiológicos sobre sífilis na terceira idade no estado de Santa Catarina: prevalência e negligência. **Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão**, p. e21583–e21583, 2 ago. 2019.

SBMT. **Sífilis: estudo genético revela que doença está de volta**. Disponível em: <<https://www.sbmt.org.br/portal/sifilis-estudo-genetico-revela-que-doenca-esta-de-volta/>>. 2022. Acesso em: 15 jan. 2022.

SOARES, J. DA S. et al. idosas institucionalizadas. Avaliação do estado cognitivo e capacidade funcional em pessoas **Rev. enferm. UERJ**, p. e59240–e59240, 2021.

TRINTINAGLIA, V.; BONAMIGO, A. W.; AZAMBUJA, M. S. DE. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 15–15, 25 jan. 2022.

UCHÔA, Y. DA S. et al. Sexuality through the eyes of the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 939–949, dez. 2016.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1929–1936, jun. 2018.

WHO. World Health Organization. **World report on Ageing and Health**, 2015. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=C1FE9C-37C0BEE395F0055043D53B B75?sequence=1

PREVALÊNCIA DA DOR CRÔNICA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: REVISÃO ANALÍTICA

ÉLYMAN PATRÍCIA DA SILVA

Mestranda do Curso de Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, elymanpsi@gmail.com;

FABÍOLA DE ARAÚJO LEITE MEDEIROS

Doutora e pós-doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UEPB, profabiola@bol.com.br.

RESUMO

Sentimentos e emoções estão diretamente relacionados com a dor, sendo parte fundamental da mesma. Entendida como subjetiva e pessoal, os efeitos sociais da experiência dolorosa são inúmeros. A dor é considerada o quinto sinal vital e é o sintoma mais frequentemente relatado por pessoas idosas, sendo referida por pelo menos 73% delas, causando impactos negativos na qualidade de vida desta população, podendo resultar em condições de isolamento social, bem como depressão e diversos outros transtornos psíquicos. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura científica sobre a dor crônica e qualidade de vida na população idosa, verificando as principais características dos estudos realizados sobre a temática. Tratou-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica, analítica e reflexiva, com pesquisa na base de dados Literatura Latino-Americana do Caribe (Lilacs), sendo incluídos artigos publicados no idioma português, espanhol e inglês, compreendidos entre os anos de 2009 a 2019. Para tal, os descritores utilizados para a busca foram: dor crônica, qualidade de vida e idoso (em português); chronic pain, quality of life and the elderly (em inglês). O principal critério de inclusão foi a referência bibliográfica está diretamente relacionada aos termos referentes à temática, bem como a relação entre eles, no que resultou uma amostra de 63 artigos no total para análise do conteúdo. Conclui-se que a dor crônica presente nas pessoas idosas geram impactos negativos afetando, sobretudo, a qualidade de vida desses cidadãos. Verificou-se também que os profissionais da saúde através da assistência multidisciplinar são capazes de amenizar os danos psicossociais da dor crônica na terceira idade, requerendo para isso conhecimento científico acerca do envelhecimento humano e suas particularidades.

Palavras-chave: Dor crônica, Qualidade de vida, Pessoa idosa.

INTRODUÇÃO

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, International Association for the Study of Pain) como sendo "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões". Consiste em uma experiência subjetiva, pessoal, envolvendo aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio (PIMENTA; TEIXEIRA, 2000).

Quando relacionada à saúde, a dor tem alta prevalência em idosos e geralmente está associada a desordens crônicas particularmente doenças musculoesqueléticas, como artrites e osteoporose. Saber lidar com a dor, especialmente nos casos de pacientes crônicos, é um grande desafio, pelo fato da mesma ser contínua ou recorrente. Quando crônica, a dor é de duração mínima de três meses; sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, caracteriza-se por não desaparecer com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é a causa de incapacidades e inabilidades prolongadas (DELLAROZA et al, 2008).

Ao longo dos anos, com o envelhecimento humano, são processadas mudanças na forma de pensar, de sentir e de agir da pessoa idosa. Tal processo, provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais. Nessa etapa da vida é quando costumam surgir as doenças crônicas e/ou degenerativas, que mesmo tendo meios para tratá-las, faz-se necessário, além de uma atenção especializada, o cuidado a longo prazo e serviços de assistência integral que atendam a todas as necessidades da pessoa idosa (SANTOS, 2010).

No Brasil, entre as pessoas idosas, as mulheres representam a maior porcentagem dos idosos em gênero, isso devido ao maior cuidado por parte das idosas com o corpo, alimentação e saúde, com acompanhamento médico e busca frequente dos serviços de saúde. Em contrapartida, os homens se tornam menos zelosos em manter uma boa qualidade de vida e saúde, sem contar que, o maior número por mortes violentas é representado por eles. Os avanços tecnológicos ocorridos no campo da saúde também corroboram nessas alterações, com a formulação de novas drogas e o desenvolvimento de máquinas

e equipamentos que proporcionam uma manutenção do estado de saúde das pessoas, culminando na longevidade (MENDES et al., 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2025, o país ocupará o 6º lugar no mundo em quantidade de idosos, e estima-se que até 2055, o número de pessoas com mais de 60 anos superará o de brasileiros com idade inferior a 30 anos. Em 2018, o índice de envelhecimento era de 43,19%, podendo atingir 173,47%, em 2060 (BELASCO, OKUNO, 2019).

Quadros álgicos, especialmente nas condições crônicas impactam negativamente na qualidade de vida, a qual pode ser definida como a percepção de um indivíduo sobre sua própria condição de bem-estar nas esferas do trabalho, cultura e valores, incluindo seus objetivos, expectativas e interesses pessoais. No idoso é comum que experiências dolorosas, especialmente as crônicas, confrontem com a sua fragilidade impedindo sua capacidade funcional de realizar as atividades rotineiras, podendo limitar potencialmente sua interação e convívio social, situações estas que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida (CAPELA et al., 2009; CELICH, GALON, 2008).

A qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos têm de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e se realizarem. Trata-se de um conceito multidimensional, que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida). Se refere: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações", e incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (CHAMLIAN et al., 2012; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Impactos negativos na qualidade de vida resultam, dessa forma, em dificuldade no processo de promoção da saúde, o qual consiste em atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam

à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

A dor crônica em idosos retrata um problema psíquico, relacional, político, social, econômico e de saúde coletiva, que precisa ser estudado, para que se possam formular proposições científicas quanto ao seu tratamento e/ou intervenção. Consiste em um sério problema de saúde pública, que necessita ser diagnosticado, mensurado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais de saúde, visto que intervenções adequadas em quadros algícos crônicos possibilitam diminuir a morbidade e uma melhora significativa na qualidade de vida desses indivíduos (CELICH, GALON, 2008).

Considerando-se que a demografia brasileira tem sofrido mudanças nas últimas décadas quanto à inversão da pirâmide etária, colocando os idosos em maior número, faz-se relevante estudar cada vez mais os impactos das condições de dor na pessoa idosa, em especial na qualidade de vida. Com isso, verifica-se que a temática carece de maior investigação, estimulando a análise de possíveis características como: a relação entre dor crônica e velhice, dor *versus* qualidade de vida, suporte familiar e social a idosos, bem como à compreensão do que leva os idosos muitas vezes a isolamento social.

Assim, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura científica sobre a dor crônica e qualidade de vida na população idosa, verificando as principais características dos estudos realizados sobre a temática.

METODOLOGIA

Quanto ao tipo de estudo, trata-se de uma pesquisa descritiva realizada por meio de revisão narrativa de literatura, seguindo as etapas preconizadas para estudos dessa natureza, com enfoque na discussão de questões pertinentes à avaliação de pacientes idosos com dor crônica e a relação desta com a qualidade de vida dos idosos.

Os materiais utilizados para análise foram trabalhos publicados no idioma português, espanhol e inglês da base de dados Literatura Latino-Americana do Caribe (LILACS), compreendidos entre os anos de 2009 a 2019. Artigos de revisão de literatura, teses, pesquisa clínica, relato de caso e opinião do especialista foram levados em consideração, de

acordo com a relevância do tema abordado. Os descritores utilizados para as buscas no banco de dados foram: dor crônica, qualidade de vida e idoso (em português); *chronic pain, quality of life and the elderly* (em inglês).

Na coleta dos dados, foram considerados os estudos que fizeram referência direta aos descritores, bem como a relação entre eles. Após a identificação dos trabalhos, aqueles julgados pertinentes foram analisados, lidos e incluídos no estudo. Questões relevantes sobre dor crônica e qualidade de vida foram consideradas e incluídas neste estudo. Foram realizadas leituras e análises, para verificar o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão.

Adotaram-se como critérios de inclusão: (I) artigos publicados em inglês, espanhol ou português; (II) estudos sobre prevalência da dor crônica na pessoa idosa; e (III) artigos de periódicos. Os critérios de exclusão foram: (I) artigos que não se referiam à dor crônica e qualidade de vida na pessoa idosa; (II) estudos realizados com pessoas cuja média de idade era menor que 60 anos de idade; (III) artigos anteriores a 2009.

Por fim, os trabalhos incluídos foram categorizados segundo o ano de publicação de cada um, tipo de trabalho (teórico ou empírico), instrumentos, método (quantitativo e qualitativo) e tipo de publicação (revista, jornal, tese). Depois da categorização dos artigos elaborou-se um quadro de identificação contendo informações sobre ano, título e autor, de cada trabalho encontrado na literatura, sendo também verificadas as características metodológicas dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, foram encontrados 80 artigos a partir dos descritores: dor crônica, qualidade de vida e idosos. Destes, após leitura meticulosa, seguindo todo o rigor científico para uma revisão bibliográfica teórica, foram selecionados e analisados 63 estudos que incluíam artigos, teses e resumos de anais, estando os mesmos de acordo com os critérios de inclusão. A análise dos artigos procurou compreender quais deles aferiram de modo direto a relação entre dor crônica e qualidade de vida em idosos, bem como a relação entre ambos.

Desse modo, a fim de identificar os artigos encontrados, no Quadro 1 está a lista com todos os artigos analisados, ano de publicação, autores e tipo de publicação.

Quadro 01 – Distribuição da Produção Científica sobre dor crônica e qualidade de vida entre pessoas idosas.

NOME DO ARTIGO	ANO	AUTORES	TIPO
Chronic pain and analgesic use in hospitalized elderly	2018	Oliveira, K. F. et al.	Revista
Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas	2018	Almeida, W. A. et al	Revista
Reemplazo parcial de rodilla mediante el sistema robótico NAVIO: resultados clínicos postquirúrgicos evaluados mediante Knee injury Osteoarthritis Outcome Score	2018	Parra, P. D. V.; Barajas, J. D. P.; Ambrosi, R. A. M. Duarte, J. R.	Revista
Perfil epidemiológico da polifarmacoterapia e morbidades em idosos de uma cidade do interior paulista	2017	Damasceno, R. J.	Tese
Prevalência e fatores associados às condições Musculoesqueléticas em adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde	2017	Bezerra, M. A. M.	Tese
Short-term quality of life change perceived by patients after transition to mandibular overdentures	2017	Schuster, A. J. et al.	Revista
Programa de tratamento para dor lombar crônica baseado nos princípios da Estabilização Segmentar e na Escola de Coluna	2016	Bottamedi, X. et al	Revista
Eficácia do treino de marcha e de equilíbrio em pacientes com osteoartrite de joelho	2016	Yamada, E. F.; Muñoz, F. M. A.; Moura, P. M.	Revista
Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em idosos com esclerose sistêmica. Relato de casos	2016	Jorge, M. S. G.; Wibelinger, L. M.; Knob, B.; Zanin, C.	Revista
Avaliação da abordagem médica da sexualidade em idosos com dor crônica	2016	Cherpak, G. L.; Santos, F. C.	Revista
Análise dos efeitos dos exercícios aquáticos na qualidade de vida de indivíduos com doença venosa crônica	2016	Aquino, M. A. S.; Paixão, L. C. V.; Leal, F. J.; Couto, R. C.	Jornal
Autoeficácia, intensidade de dor e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica	2016	Silva, M. S.; Hortense, P.; Napoleão, A. A.; Stefane, T.	Revista
Fisioterapia vascular no tratamento da doença venosa crônica / Vascular physiotherapy in treatment of chronic venous disease	2015	Leal, F. J.; Couto, R. C.; Silva, T. P.; Tenório, V. O.	Jornal

NOME DO ARTIGO	ANO	AUTORES	TIPO
Chronic pain in long-lived elderly: prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level	2015	Santos, F. C.; Moraes, N. S.; Pastore, A.; Cendoroglo, M. S.	Revista
Study of the use of analgesics by patients with headache at a specialized outpatient clinic (ACEF)	2015	Chagas, O. F. P.; Éckeli, F. D.; Bigal, M. E.; Silva, M. O. A.; Speciali, J. G..	Revista
Quality of life domains affected in women with breast cancer / Los dominios afectados en la calidad de vida de mujeres con neoplasia mamaria	2015	Garcia, S. N. et al	Revista
Chronic health conditions related to quality of life for federal civil servants / Enfermedades crónicas relativos a la calidad de vida de los servidores federales	2015	Saraiva, L. E. F. et al	Revista
Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional	2015	Santos, F. A. A.; Souza, J. B.; Antes, D. L.; d'Orsi, E.	Revista
Efeitos da estimulação cerebral profunda bilateral do núcleo subtalâmico sobre a sensibilidade e a dor em indivíduos com doença de Parkinson idiopática	2015	Cury, R. G.	Tese
Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain	2015	Padovani, M.T.; Martins, M. R. I.; Venâncio, A.; Forni, J. E. N.	Revista
Factors associated with functional capacity of elderly registered in the Family Health Strategy	2014	Trize, D. N. M. et al	Revista
The physical, social and emotional aspects are the most affected in the quality of life of the patients with cervical dystonia	2014	Werle, R. W. et al	Revista
Chronic pain related to quality of sleep	2014	Tonial, L. F.; Neto, J. S.; Hummig, W.	Revista
Functional assessment of older obese patients candidates for bariatric surgery	2014	PAJECKI, D. et al;	Revista
Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: quality of life, sociodemographic profile and physical complaints	2014	Santos, P. L. et al	Revista
Influência da dor crônica na capacidade funcional do idoso / Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly	2014	Kayser, B. et al	Revista
Quality of life profile and correlated factors in chronic leg ulcer patients in the mid-west of São Paulo State, Brazil	2014	Wachholz, P. A.; Masuda, P. Y.; Nascimento, D. C.; Taira, C. M. H.; Cleto, N. G.	Anais

NOME DO ARTIGO	ANO	AUTORES	TIPO
Fibromialgia e atividade física: reflexão a partir de uma revisão bibliográfica / Fibromyalgia and physical activity: reflection from a literature review	2014	Ferreira, G.; Martinho, U. G.; Tavares, M. C. G. C. F.	Revista
Physical activities in daily life and functional capacity compared to disease activity control in acromegalic patients: impact in self-reported quality of life	2013	Dantas, R.A.E. et al	Revista
Fisioterapia durante a hemodiálise de pacientes com doença renal crônica	2013	Silva, S.F.P. et al	Jornal
Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho	2013	Alves, J.C.; Bassitt, D.P.	Revista
Avaliação das limitações de úlcera venosa em membros inferiores	2013	Lopes, C.R. et al	Jornal
Chronic pain and quality of life in schizophrenic patients	2013	Almeida, J.G.; Braga, P.E.; Neto, F.L.; Pimenta, C.A.M.	Revista
Avaliação somatossensorial do sistema trigeminal em condições dolorosas crônicas: testes quantitativos sensoriais e limiar de percepção atual	2013	Sydney, P.B.H.	Tese
Envelhecimento, doenças crônicas e função sexual	2012	Fleury, H.J.; Abdo, C.H.N.	Revista
Efeito da hidrocinesioterapia sobre qualidade de vida, capacidade funcional e qualidade do sono em pacientes com fibromialgia	2012	Silva, K.M.O.M. et al	Revista
Sleep duration and health status self-assessment (SF-36) in the elderly: a population-based study (ISA-Camp 2008)	2012	Lima, M. G.; Barros, M.B.A.; Alves, M.C.G.P.	Revista
Health related quality of life of chronic patients with immune system diseases: a pilot study	2012	Ribeiro, C.C. et al	Revista
Influência das características sociodemográficas e clínicas e do nível de dependência na qualidade de vida de pacientes com DPOC em oxigenoterapia domiciliar prolongada	2012	Cedano, S. et al	Jornal
Confiabilidade do Perfil de Saúde de Nottingham após acidente vascular encefálico	2012	Cabral, D.L.; Damascena, C.G.; Teixeira-Salmela, L.F.; Laurentino, G.E.C.	Revista
Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura	2012	Nicolussi, A.C. et al	Revista
Patients' experiences of peritoneal dialysis at home: a phenomenological approach	2012	Sadala, M.L.A; Bruzos, G.A.S.; Pereira, E.R.; Bucovic, E.M.	Revista

NOME DO ARTIGO	ANO	AUTORES	TIPO
Depression and TMD in the elderly: a pilot study	2012	Vilalta, V.C.; Santos, M.B.F.; Cunha, V.P.P.; Marchini, L.	Revista
Efeito da caminhada sobre a qualidade de vida e auto-eficácia de mulheres com síndrome da fibromialgia	2012	Steffens, R.A.K et al	Revista
Praticar caminhada melhora a qualidade do sono e os estados de humor em mulheres com síndrome da fibromialgia	2011	Steffens, R.A.K. et al	Revista
Quality of life and participation restrictions, a study in elderly	2011	Magalhães, R.; Lório, M.C.M.	Revista
Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto	2011	Santos, F.C. et al	Revista
Quarta idade e velhice extrema: substituição da polifarmácia por um comprimido de hidromorfona de liberação controlada para o controle da dor crônica	2011	Lauretti, G.R.; Mattos, A.L.	Revista
Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos	2011	Cunha, L.L.; Mayrink, W.C.	Revista
Condições referidas de saúde e grau de incapacidade funcional em idosos	2011	França, I.S.X. et al	Jornal
Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer	2011	Velloso, F.S.B; Barra, A.A; Dias, R.C.	Revista
Perfil de idosos do município de Itaúna/MG e influência da atividade física na dor crônica e na capacidade funcional	2011	Coelho, M.A.G.; Penha, D.S.G.; Mitre, N.C.D.; Lopes, R.A.	Revista
Associação entre exercício físico e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise	2011	Martínez, B.B.; Silva, F.M.; Corrêa, F.C.; Almeida, L.	Revista
Estudo da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular e cefaleias primárias	2011	Castanharo, S.M.	Tese
Representações da relação entre exercício físico e saúde por pacientes fibromiálgicos	2010	Cavaliere, M.L.A.; Souza, J.M.A; Barbosa, J.S.O.	Revista
The effect of multiple sclerosis on the professional life of a group of Brazilian patients	2010	Fragoso, Y.D.; Finkelsztein, A.; Giacomo, M.C.B.; Russo, L.; Cruz, W.S..	Revista
Concomitância de fibromialgia em pacientes com espondilite anquilosante	2010	Azevedo, V.F.; Paiva, E.S.; Felippe, L.R.H.; Moreira, R.A.	Revista

NOME DO ARTIGO	ANO	AUTORES	TIPO
Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida	2010	Kerkoski, E.; Borenstein, M.S.; Silva, D.M.G.V.	Revista
Descrição de uma intervenção cinesioterapêutica combinada sobre a capacidade funcional e o nível de incapacidade em portadoras de lombalgia inespecífica crônica	2009	Carvalho, A.R.; Gregório, F.C.; Engel, G.S.	Revista
Efeito da craniopuntura na qualidade de vida e melhora da dor crônica	2009	Silva, F.B. et al	Revista
Efeitos de um programa de exercícios físicos em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise	2009	Peres, C.P.A et al	Revista
Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social	2009	Celich, K.L.S.; Galon, C.G.	Revista
Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico	2009	Brandão, D.M.S.; Nascimento, J.L.S.; Vianna, L.G.	Revista

Além desses dados, também de igual relevância, foram verificadas as características metodológicas dos artigos. Nesta etapa os artigos encontrados foram categorizados de acordo com: Ano de publicação; Tipo de trabalho (teórico ou empírico); e Método.

Quanto ao tipo de trabalho, 58 eram empíricos e 5 eram teóricos, totalizando 63 artigos que estavam de acordo com o tema pesquisado. Quanto ao método, 49 artigos eram do tipo quantitativo, 8 do tipo qualitativo e 6 utilizaram abordagem de multimétodo (quantitativo e qualitativo).

Dos 63 trabalhos analisados, 51 foram publicados em revista, 5 eram teses, 6 em jornais e 1 em anais. Além disso, 60 deles se referiam a pesquisa aplicada e apenas 3 constituíam pesquisa básica, sendo que 55 eram exploratórias e 8 do tipo descritiva. Ainda é importante ressaltar que 56 eram de campo, 4 bibliográficas, 2 documental e 1 campo/observacional. Outra questão analisada é quanto aos instrumentos utilizados, dentre eles os mais frequentes foram: WHOQUOL-*brief*; SF-36 e Escala Visual Analógica. Outros também usados foram: *HAD scale*; Inventário da Dor (IBD), Escala de *MC Gill*, Escala de auto eficácia para dor, Escala numérica de dor, dentre outros.

Percebe-se, de modo geral, após análise dos artigos, que o tema dor crônica e qualidade de vida em idosos, partindo-se de uma análise de artigos publicados nos últimos dez anos, há relação direta entre

qualidade de vida e dor crônica conforme citado em vários desses artigos, de modo que quanto mais as pessoas são acometidas pela dor crônica menor sua qualidade de vida. Tal fato corrobora com o surgimento de fatores psicológicos como: percepção de controle da dor, sentimento de incapacidade em lidar com a dor e estratégias de enfrentamento passivas, que estão associados geralmente com: depressão, pior qualidade de vida, incapacidade funcional e intensidade da dor (ARAÚJO et al., 2010).

Os estudos concordam que, na medida em que os indivíduos se veem de alguma forma menos independentes, limitados pela dor crônica, especialmente os idosos, isso pode inferir diretamente na sua recuperação e adesão a tratamentos, além de aumentar as dificuldades que serão proporcionais às suas limitações. Muitas vezes, a impossibilidade de controlar a dor, resulta em sofrimento físico e psíquico, e, todos esses fatores associados parecem aumentar a morbidade entre os idosos e onerar o sistema de saúde (CUNHA, MAYRINK, 2011).

Indivíduos que são acometidos por doenças que evoluem para dores crônicas, têm o desafio de se ajustar psicologicamente a essa nova condição de vida, que pode ser potencialmente incapacitante e afetar as condições de saúde e bem-estar dessas pessoas. A dor, quando presente na vida do idoso, instiga, consome, enfraquece o que ele tem de mais precioso – a vida. Ela confronta a pessoa idosa com sua fragilidade, ameaça sua segurança, autonomia, independência, e está entre os principais fatores limitadores da possibilidade do idoso manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente a qualidade de vida e o bem-estar, restringindo, em algumas situações, a convivência social, levando-os a situações de isolamento e vulnerabilidade (CELICH, GÁLON, 2009).

As doenças crônicas não possuem cura, por isso é importante haver seu manejo ao longo do tempo, que inclui melhora da dor, estímulo, manutenção da capacidade funcional e o desenvolvimento de habilidades auto gerenciais de cuidado. Ou seja, para haver melhora da qualidade de vida, é necessário retardar o progresso da incapacidade dos idosos com doenças crônicas para que o mesmo possa realizar o seu autocuidado através das atividades cotidianas, do estímulo físico e mental. Assim entendemos que os idosos que possuem capacidade para o autocuidado são mais ativos quanto a sua condição física de

acordo com as limitações impostas pelo processo saúde-doença (WILLEMANN, 2016).

Dessa forma, os trabalhos analisados a partir dessa revisão trouxeram a tona a reflexão de que a boa qualidade de vida auxilia a manutenção da autonomia do idoso, e, uma forma de quantificá-la é associá-la ao grau de autonomia que o idoso desempenha as suas funções no dia a dia, tornando-o independente dentro de um contexto social, econômico e cultural. Como visto a qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas vivendo numa sociedade em mudanças (CUNHA, MAYRINK, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma multiplicidade de desafios físicos e psicossociais que ocorrem frente a pacientes idosos acometidos por dores crônicas. Este fato desafia o indivíduo a manter o bem-estar emocional, podendo gerar reações inadequadas que conduzem ao desajuste psicossocial. As dores crônicas geram um amplo impacto, muitas vezes negativo, na qualidade de vida das pessoas.

Neste contexto pode-se pensar quão difícil é viver acometido por dor crônica em nosso meio social, e inúmeras dessas dificuldades foram relatadas nos artigos encontrados. Afinal, além da desvalorização social do próprio idoso na sociedade, este também traz em si alguns valores acerca das suas queixas.

Desse modo, a reflexão gerada pela análise dos estudos nos remete à importância de um tratamento multidisciplinar, em que médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, assistente social e demais outros profissionais envolvidos na assistência à saúde do paciente idoso, devem trabalhar visando o desenvolvimento e a participação deste usuário em seu tratamento que deve ser contínuo e integral.

REFERÊNCIAS

AQUINO, M. A. S.; PAIXAO, L. C. V.; COUTO, R. C. Análise dos efeitos dos exercícios aquáticos na qualidade de vida de indivíduos com doença venosa crônica. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 15, n. 1, p. 27-33, 2016.

ARAUJO, L. G. et al. Escala de Locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 5, p. 438-445, 2010.

BELASCO, A. G. S.; OKUNO, M. F. P. Realidade e desafios para o envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 1-2, 2019.

BRANDÃO, D. M. S.; NASCIMENTO, J. L. S.; VIANNA, L. G. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. **Rev. Assoc. Med. Bras. [Online]**, v. 55, n. 6, p. 738-743, 2009.

CAPELA, C. et al. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 263-268, 2009.

CEDANO, S. et al. Influência das características sociodemográficas e clínicas e do nível de dependência na qualidade de vida de pacientes com DPOC em oxigenoterapia domiciliar prolongada. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 3, 2012.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009.

CUNHA, L. L. MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 120-124, 2011.

CHAMLIAN, T. R. et al. Prevalência de dor fantasma em amputados do Lar Escola São Francisco. **Acta Fisiatr.**; v 19, n 3, p. 167-70, 2012.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008. MENDES, J. L. V. et al. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **Rev. Educ. Meio Amb. Saú.**, Jan/mar. V. 8, n. 1, p. 13-26, 2018.

PERES, C. P. A. et al. Efeitos de um programa de exercícios físicos em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol**, v. 31, n. 2, p. 105-113, 2009.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA M. J. Dor no idoso. **Atheneu**, p.373-87, 2000.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010.

SILVA, F. B. et al. Efeito da craniopuntura na qualidade de vida e melhora da dor crônica. **Rev. Ciência da Saúde UNIPAR**, v. 13, n. 12, 2009.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WILLEMANN, J. R. Análise da qualidade de vida em idosos com dor crônica. **Revista Gestão Saúde**, v. 14 n. 2, p. 20 – 27, 2016.

SÍNDROME DE BURNOUT: FATORES QUE PREDISPÕE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA A IDOSOS QUEIMADOS

ANGÉLICA DE GODOY TORRES LIMA

Doutoranda do Programa Associado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
- FENSG-UPE/UEPB – PE/PB, angelicagodoytl@gmail.com;

XÊNIA SHEILA BARBOSA AGUIAR QUEIROZ

Enfermeira do Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB,
Doutoranda do Programa Associado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
- FENSG-UPE/UEPB – PE/PB, sheila_tshe@hotmail.com;

LORENA SOFIA DOS SANTOS ANDRADE

Doutoranda do Programa Associado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
- FENSG-UPE/UEPB – PE/PB, lorena_sofiacg@hotmail.com;

REBEKA MARIA DE OLIVEIRA BELO

Doutoranda do Programa Associado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
- FENSG-UPE/UEPB – PE/PB, beka.belo@gmail.com;

SIMONE MARIA MUNIZ DA SILVA BEZERRA

Professor orientador: Doutora em Ciências – USP. Docente do Programa Associado
do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - FENSG-UPE/UEPB – PE/PB, simone.muniz@upe.br.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar fatores predisponentes à Síndrome de *Burnout* em profissionais de Enfermagem de uma Unidade de Tratamento a Queimados que prestam assistência a idosos que sofrem queimaduras. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem qualitativa. A população estudada foi composta por profissionais de Enfermagem de uma Unidade de Tratamento a Queimados, englobando técnicos de enfermagem e enfermeiros, em um hospital de referência no estado da Paraíba. Os resultados apontam para a indicação de três categorias: organização do trabalho e as dificuldades enfrentadas; Síndrome de *Burnout* inerente à assistência prestada à saúde dos pacientes e a relação multidisciplinar como um fator de risco para a Síndrome de *Burnout*. Percebeu-se que, assim como há leis, normas, diretrizes e protocolos institucionais sancionados para prevenção e promoção da saúde biológica (como a exigência do uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI's), seriam imprescindíveis dispositivos jurídicos que favorecessem a saúde mental dos trabalhadores, evitando o adoecimento nessa esfera que compõe o ser humano, pois prejuízos nela são graves, contudo, ignorados ou subestimados por serem invisíveis.

Palavras-chave: Idoso, Unidades de Queimados, Cuidados de Enfermagem, *Burnout*.

INTRODUÇÃO

A atividade laboral proporciona ao ser humano dignidade, reconhecimento e uma identidade. Dentre as atividades laborais, encontra-se as da área da saúde, que inclui profissionais de diversos seguimentos. As condições de trabalho nessa área são reconhecidas mundialmente pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como difíceis, pois os referidos profissionais têm outro ser humano em sofrimento físico e/ou mental, como objeto de trabalho, sendo expostos constantemente a fatores estressores, que podem ser: físicos, biológicos e emocionais. Estes fatores geralmente estão relacionados ao ambiente hospitalar (FERREIRA; LUCCA, 2015; ZOMER; GOMES, 2017).

Considerando as atividades laborais desenvolvidas em ambiente hospitalar, percebe-se que o risco do profissional da saúde se expor a fatores estressores podem ser amplificados quando relacionados as condições de trabalho na qual a assistência é prestada, por exemplo: a má qualidade dos materiais e sua baixa disponibilidade, podendo conduzir o profissional ao imprevisto, facilitando sua exposição a agentes biológicos; quantidade de documentos à serem preenchidos; relacionamento com a gestão; pressões, geralmente relacionadas com a grande quantidade de pacientes para um único profissional, ou às graves condições que os mesmos se encontram (exigindo mais atenção e tempo da equipe que lhe presta cuidados); e a comunicação entre os profissionais da equipe de cuidados interdisciplinar, seja ela verbal, postural, escrita e até mesmo por contato visual (WORM *et al.*, 2016; SULLIVAN, 2016)

A exposição frequente ao causador do estresse, inerente ao ambiente de trabalho (organização do trabalho) e ao indivíduo (sentimento de incompetência, pouca satisfação pessoal e outros), estão diretamente relacionados à Síndrome *Burnout* (SB), que afeta profissionais que trabalham em contato direto e frequente com o ser humano e caracteriza-se por ser multifatorial e de evolução gradativa (KIM; PARK, 2018; LUCIETTO *et al.*, 2018).

A SB é uma resposta ao estresse crônico desencadeado pela relação entre o profissional e a organização de trabalho, sendo a última fase da fadiga emocional, quando não há mais energia necessária

para enfrentar o fator estressor. Quando o profissional chega a essa fase de esgotamento, ele perde a capacidade de empatia e vontade de trabalhar. Um desequilíbrio no seu bem-estar físico e mental é desencadeado e expresso através de sinais e sintomas, os quais pode-se citar: fadiga, distúrbio no sono, tensão muscular e cansaço emocional, esse último é um dos primeiros sinais a ser expresso e pode proporcionar ao indivíduo uma despersonalização (KIM; PARK, 2018; LUCIETTO *et al.*, 2018).

Nessa conjuntura, um ciclo é estabelecido: a desorganização laboral acarreta o estresse e/ou a SB; e esses ocasionam a desorganização do trabalho. A má qualidade de vida relacionada ao ambiente de trabalho proporciona desarmonia entre a equipe, aumento de absenteísmo e baixa produtividade; diminuindo a qualidade da assistência prestada a saúde.

A assistência de enfermagem é uma das atividades laborais mais estressantes, tendo a maior predisposição a desenvolver Síndrome de *Burnout*, devido ao contato direto e frequente com o paciente em sofrimento. O ambiente hospitalar, nas unidades de emergência e de cuidados as pessoas acometidas por queimadura, são considerados os ambientes que mais proporcionam altos níveis de estresse e/ou de Síndrome de *Burnout* (LUCIETTO *et al.*, 2018; (WRIGHT; ZAKARIN, 2016).

Mediante o exposto, sentiu-se a necessidade de desenvolver esse estudo a fim de identificar fatores predisponentes à Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem que prestam assistência a idosos queimados em uma Unidade de Tratamento a Queimados (UTQ).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em uma Unidade de Tratamento a Queimados (UTQ) de um hospital público de referência no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. A coleta de dados foi realizada entre agosto e outubro de 2021.

A população do estudo foi composta por 26 profissionais da equipe de Enfermagem (09 Enfermeiros e 17 Técnicos em Enfermagem) do

referido hospital, sendo este o número total de profissionais da equipe atuante na UQT. Os critérios de inclusão foram: serem profissionais da equipe de Enfermagem que atuavam há mais de seis meses na unidade em estudo e em conformidade com a escala de plantão. O critério de exclusão foi o profissional estar de férias, atestado médico ou de licença maternidade. Todos os integrantes da equipe participaram do estudo.

Foram respeitados os aspectos éticos, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, considerando os preceitos éticos-científicos, e respeito à dignidade e proteção humana. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob protocolo CAEE 03581712.7.0000.5182, e aprovado através do parecer número 270.333.

Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos: Grupo A - Técnicos de Enfermagem (TEC); Grupo B – Enfermeiros (ENF). Foram agrupados desta forma por pertencerem a categorias profissionais distintas, com níveis de formação educacional diferentes. Afim de garantir anonimidade, os participantes receberam codinomes (grupo A – TEC, grupo B – ENF) seguido por algarismo arábico (indicado conforme a ordem da coleta).

A investigação baseou-se em uma entrevista semiestruturada, que buscou primariamente delinear o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo (sexo, idade, tempo de formação, cursos de capacitação e tempo de experiência profissional). Após essa aproximação, foram realizados os seguintes questionamentos:

- Quais as maiores dificuldades que a equipe encontra para prestar assistência de qualidade ao idoso queimado?
- Você acha que a qualidade da assistência de enfermagem interfere na recuperação do idoso? Por quê?
- O que você poderia sugerir para melhorias na execução de uma assistência qualificada aos idosos que sofrem queimaduras?
- Você sente necessidade de obter uma capacitação profissional em queimaduras? Por quê?

A coleta foi realizada por apenas um pesquisador, em uma sala privada, estando presente no ambiente apenas o responsável pela coleta

e o participante da pesquisa. O pesquisador adotou uma abordagem afetiva, promovendo um ambiente agradável para a coleta, suas credenciais e vínculos acadêmicos, objetivo da pesquisa, assim como informou sobre a gravação da entrevista. Foi elucidado ao participante sobre o direito de desistência do estudo a qualquer momento; e que poderia optar por não responder a qualquer um dos questionamentos que lhe fosse feito. Foi enfatizado que os dados obtidos na coleta seriam mantidos sob sigilo científico. O tempo médio de coleta ficou em torno de quinze minutos. A reprodução dos discursos se deu através da transcrição integral da fala.

Os discursos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin (2015), cujo produto foi apresentado em categorias e subcategorias, ilustradas com discursos e recortes de falas dos participantes, obtendo assim os resultados. A análise temática se deu em três grandes etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; e interpretação. Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o programa da Excel Microsoft Office® versão 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo A compõe 65,38% dos profissionais de Enfermagem atuantes na UTQ, e o grupo B 34,62%. No grupo A, a idade variou de 25 a 53 anos, com idade média de 38 anos e desvio-padrão de 8,17. Em relação ao Grupo B, a idade variou de 32 a 59 anos, com idade média de 42 anos e desvio-padrão de 10,02. O gradiente de idade é maior entre os enfermeiros. Houve prevalência do sexo feminino em ambos os grupos, sendo o grupo A composto por 88,23% de mulheres e 11,77% de homens. O Grupo B é constituído por 100% de mulheres.

Com relação a experiência profissional dos trabalhadores da UTQ, cinco (19%) pessoas responderam ter menos de 01 ano de experiência, 02 (8%) com 01 a 02 anos, 05 (19%) falaram ter de 03 a 04 anos, 09 (35%) relataram ter entre 05 a 06 anos, três (11%) declaram 07 a 08 anos de experiência, e apenas dois (8%) participantes mencionaram ter mais de 09 anos. A maioria (35%) respondeu ter entre 5 a 6 anos de experiência. Constatou-se ainda, uma diferença ao tempo máximo de assistência prestada ao paciente queimado, chegando a 15 anos

no grupo A e 08 anos no grupo B, com média de 04 e 05 anos para os grupos A e B, respectivamente.

Quanto à obtenção de algum curso de capacitação/especialização ou outros cursos afins no tratamento a queimaduras, os dados foram alarmantes: apenas 01 técnico em enfermagem e 01 enfermeiro tinham a formação, atingindo apenas 5,88% e 11,11%, respectivamente; sendo o eixo temático da referida capacitação o cuidado de feridas, não sendo direcionado especificamente a queimaduras.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes.

Distribuição dos Grupos % (n)	
Grupo A – TEC	65,38% (17)
Grupo B – ENF	34,62% (9)
Grupo A – TEC	
Idade	
Mínima	25
Máxima	53
Média	38
Desvio padrão	8,17
Sexo	
Homens	11,77% (2)
Mulheres	88,23% (15)
Experiência profissional em anos	
Tempo máximo relatado	15
Média	4
Quantidade de profissionais com curso de capacitação direcionado aos cuidados com as lesões por queimaduras	5,88% (1)
Grupo B – ENF	
Idade	
Mínima	32
Máxima	59
Média	42
Desvio padrão	10,02
Sexo	
Homens	0% (0)
Mulheres	100% (9)
Experiência profissional em anos	
Tempo máximo relatado	8

Distribuição dos Grupos % (n)	
Média	5
Quantidade de profissionais com curso de capacitação direcionado aos cuidados com as lesões por queimaduras	11,11 % (1)

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Após traçado o perfil sociodemográfico dos participantes, foram tratados alguns questionamentos quanto aos fatores predisponentes à SB nos profissionais de Enfermagem, na Unidade de Tratamento a Queimados. As palavras e/ou frases significativas foram elucidadas e agrupadas em três eixos temáticos de discussão, denominadas categorias, de acordo com o método proposto por Bardin (2015). Em cada categoria foram dispostos alguns pontos principais a serem discutidos:

- **Categoria 01** - Organização do trabalho e as dificuldades enfrentadas: estrutura física do ambiente de trabalho, escassez de recursos humanos, não padronização de procedimentos/protocolos e, falta de capacitação / treinamento;
- **Categoria 02** – preditores à Síndrome de *Burnout* inerente a assistência prestada à saúde dos pacientes: exposição a riscos diversos (ergonômicos, físicos, biológicos), falta de humanização e situação crítica do paciente;
- **Categoria 03** – A relação multidisciplinar como um fator de risco para o estresse ocupacional: relacionamento conflituoso e ausência de trabalho em equipe.

Um estudo multimétodos sobre os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem, verificou a existência de grande concentração de profissionais do sexo feminino, e relativa concentração na faixa etária de 26 a 35 anos. Quanto ao cargo ocupado pelos profissionais, outro estudo apresentou uma alta concentração no nível técnico, condizente com essa pesquisa (SOUZA *et al.*, 2017).

Essa caracterização se deve ao histórico da profissão da Enfermagem, em ter prevalência do sexo feminino desde seus primórdios, e ainda se manter ao longo do seu desenvolvimento, provavelmente pela cultura social do cuidar está voltada à prática feminina. Em relação ao número maior de profissionais técnicos em enfermagem, as

instituições hospitalares, por necessitarem de um maior número de procedimentos a nível técnico, tem uma demanda maior desses profissionais. O nível de estresse possui relação direta com o tempo de trabalho no Centro de Referência a Assistência a Queimados: quanto maior o tempo de atividade laboral neste setor, maior o nível de estresse (MARQUES *et al.*, 2018).

Vale enfatizar a importância da qualificação profissional, devido à exigência que a sociedade impõe através do inevitável julgamento comparativo. Nesse contexto, o profissional deve buscar sua qualificação para aperfeiçoamento de suas funções (ANTONIOLLI *et al.*, 2017).

Para discussão dos fatores predisponentes à Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem em seu ambiente de trabalho, na Unidade de Tratamento a Queimados, foram elucidadas e agrupadas três categorias de discussão.

Categoria 01 - Organização do Trabalho e as dificuldades enfrentadas: estrutura física do ambiente de trabalho; escassez de recursos humanos; não padronização de procedimentos/protocolos; falta de capacitação / treinamento.

Em relação à estrutura física, os entrevistados deram ênfase à inadequação da sala de banho. O banho do paciente constitui o momento certo para realizar o cuidado local dos queimados. Esta prática favorece a remoção do exsudato e do tecido necrosado, prevenindo a proliferação de microrganismos, sendo considerada uma ação importante no tratamento do grande queimado. Em pesquisa feita sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem, a insatisfação com a estrutura física foi relatada pela maioria dos participantes, mostrando que a insatisfação com o ambiente de trabalho não é algo esporádico e que os gestores responsáveis devem dar mais importância à estrutura física em que estão inseridos seus trabalhadores, procurando desenvolver melhorias. Cabe salientar que os mesmos autores alegaram que as condições estruturais e organizacionais impactam diretamente na oferta da assistência de enfermagem (FROTA *et al.*, 2016).

"A sala de banho e de curativo deveria ser mais apropriada, uma infraestrutura melhor" (ENF 02).

"A sala de banho não dá condições de fazer um trabalho seguro, quando liga o chuveirinho você acaba tomando banho junto com o paciente se não tiver cuidado" (TEC 13).

Ainda foi exposto nos discursos, problemáticas quanto à escassez de recursos humanos. O quantitativo de pessoal é outro elemento organizador do trabalho de enfermagem, esse quantitativo quase sempre fica defasado quanto ao suprimento de funcionários.

"A ausência do médico plantonista no setor dificulta o trabalho, estão de plantão, mas não no hospital, sobreaviso. Sempre se precisa deles, perdendo tempo tendo que ir na emergência" (TEC 04).

"Existe poucos profissionais e além dos queimados internados, tem o ambulatorial, a demanda é muito grande" (TEC 11).

"Poucos profissionais deixa o atendimento sem qualidade, sem contar das burocracias excessivas" (TEC 12).

"O número de técnicos é pouco, aumenta a sobrecarga de trabalho. Tem que escolher e priorizar" (ENF 03).

O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica, no entanto, a falta de profissionais é também apontada como impeditiva para uma rotina centrada nos cuidados ao paciente. Desta forma, o enfermeiro vê-se obrigado a eleger prioridades, por não conseguir realizar todas as ações que gostaria, causando conflito e uma carga psíquica para escolher o que deve ser prioritário (FERMINO *et al.*, 2017).

A não padronização de procedimentos/protocolos também foi apontada nas falas. Para mensurar o grau de comprometimento que um paciente queimado sofreu é necessário que os profissionais de saúde lancem mão de alguns instrumentos estabelecidos em protocolos de tratamento com feridas provocadas por queimaduras, caso contrário, poderá ocasionar conflitos, como relatado nas discussões:

"O uso de padronização nos procedimentos facilitaria a assistência porque cada um faz de um jeito, mas ninguém sabe qual o exatamente certo" (TEC 06).

"O setor deveria usar protocolo de atendimento. Cada um que queira ter a razão" (ENF 06).

Completando as afirmações dos participantes, foram expostas sugestões para melhorar a execução da assistência e, conseqüentemente, a satisfação profissional. Não foi encontrada na literatura que discutisse sobre os profissionais de enfermagem que possuíam algum tipo de capacitação ou outros cursos para tratamento a queimaduras, mostrando, assim, a importância de as instituições oferecerem essas capacitações e dos profissionais adquirirem conhecimento para uma melhor qualidade em sua assistência.

"Tem muito funcionário no setor e nunca se teve capacitação ou algo do tipo. Os mais antigos vão passando o que sabem para os que estão chegando. Absurdo" (ENF 07).

"É impressionante que um tema tão importante não tenha significância o suficiente. Tratar de queimaduras é algo muito abrangente e já deveria ter cursos mais direcionados especificamente (ENF 02)."

"O curativo, a assistência com as queimaduras é algo totalmente diferente de qualquer outra ferida (TEC 17)."

A necessidade de lutar pela obtenção de condições para viabilizar o trabalho é percebida como extremamente desgastante e geradora de grande sofrimento e de um clima de antipatia entre os profissionais e a administração dos serviços. Há uma constante preocupação, por parte dos trabalhadores, com precariedade das condições de trabalho.

O modo organizacional do trabalho de enfermagem pode fornecer situações motivacionais ou geradores de algum tipo de sofrimento. É importante o profissional saber identificar essas situações e desenvolver estratégias para que suas atividades não sejam prejudicadas (MEIRELES *et al.*, 2018).

Categoria 02 - Preditores à Síndrome de *Burnout* inerente a assistência prestada à saúde dos pacientes: exposição a riscos diversos (ergonômicos, físicos, biológicos); falta de humanização; situação crítica do paciente

A resposta que o organismo desencadeia após estresse é decisiva para a conservação de seu equilíbrio. As implicações adjacentes, a essa resposta, proporcionam a aptidão de efetuar mais eficazmente, frente a alguma circunstância de ameaça, verdadeira ou não. Em

contrapartida, esse contínuo efeito condiciona o organismo a respostas habituais. Desta ampliação de resposta, o organismo sofre diversas consequências, que prejudicam o seu devido funcionamento (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Nesse contexto, se a reação de estresse afeta a assistência, pode-se teoricamente concluir que, com um real significado e valor ao profissional e sua assistência ou, melhor dizendo, para o trabalhador e seu serviço, ele executaria melhor suas funções. Portanto, as instituições de saúde devem lançar mão de estratégias para identificar o estresse em seu trabalhador, recorrendo à criação de um ambiente organizado propício as suas atividades, preocupando-se com a saúde mental de seu profissional, tendo em vista que os custos para esse fim são muito mais lucrativos do que os custos com o problema-doença.

"Para transferir o paciente do leito para a banheira é um Deus nos acuda. A gente não consegue com o peso. Tem que chamar os maqueiros para ajudar" (ENF 05).

"Os pacientes gritam com muita dor, o procedimento é muito demorado, tem uns que a gente passa mais de uma hora e meia fazendo. É certeza dor nas costas, nas pernas e nos braços depois de fazer" (TEC 10).

"É bem desgastante você ir fazer um procedimento sabendo que vai se contaminar, porque acaba que o chuveirinho não ajuda e a gente acaba se molhando...molhando o capote...é um horror" (TEC 15).

"Assistência humanizada, incluindo a família ajuda no cuidar" (ENF 25).

"A gente não tem tempo de ficar dando uma assistência melhor, asséptica e humana, com certeza ajuda e se tem a recuperação mais rápida do paciente" (TEC 03).

"Os pacientes gritam com muita dor, o procedimento é muito demorado..." (TEC 10).

"O paciente tá consciente e orientado, de repente ele apresenta oligúria, se agrava em poucos minutos" (ENF 03).

"...não tem como você ficar indiferente vendo um paciente gritar com dor. E quando é criança? Fico pra não viver..." (TEC 23).

De acordo com as discussões apresentadas pelos participantes, notou-se que os mesmos estão em condições estressantes, vivendo

conflitos quanto à exposição a determinados fatores que trazem riscos ergonômicos, físicos e biológicos, reflexões quanto à falta de uma assistência humanizada pela falta de tempo, e vivência de situações críticas junto ao paciente, como fortes dores e situação limitadora. Em um estudo feito com a equipe de enfermagem de um Centro de Atendimento a Queimados, os resultados apresentaram uma tendência para o elevado nível de estresse ocupacional e as relações interpessoais, que emergiriam como principais contribuintes para manifestações de estresse (MARQUES *et al.*, 2018).

Nesse caso, há associação entre a piora na exposição aos estressores do trabalho e o comprometimento da capacidade para o trabalho. Portanto, quanto mais exposição a fatores predisponentes ao estresse pelos profissionais de enfermagem da Unidade de Tratamento a Queimados, maior o risco de comprometimento de suas capacidades para executar seu trabalho, por conseguinte, uma assistência aos pacientes queimados sem qualidade (SOUZA, 2016).

Categoria 03 - A Relação multidisciplinar como um fator de risco para o estresse ocupacional: relacionamento conflituoso; ausência de trabalho em equipe.

O processo de estresse é vivenciado de forma coletiva, começa no âmbito individual, mas através das relações interpessoais, passa a ser uma experiência coletiva, uma adaptação à realidade. O estresse pode ser exteriorizado de diversas formas, dentre elas temos as reações emocionais e sociais, ambas identificadas na fala de TEC 12 (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

"Quando o plantão tá agitado, de repente eu dou uma resposta atravessada e ofensiva. Aí você percebe a besteira que fez depois" (TEC 12).

A interação social do indivíduo com o ambiente de trabalho, bem como a sua subjetividade contribui para construção da realidade social e consequentemente seu comportamento no ambiente de trabalho, esse por sua vez, tem forte influência nas relações interpessoais estabelecidas nesse ambiente (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2017; CARVALHO-FREITAS *et al.*, 2018).

A relação interpessoal no ambiente de trabalho é dinâmica e constante, desenvolvendo-se através da ação, percepção, reflexão e ação novamente do indivíduo, podendo possibilitar tanto uma assistência colaborativa, como o desencadeamento do estresse ocupacional, por isso, classifica-se como sendo um dos 6 grupos considerados estressores do ambiente de trabalho (LUCIETTO *et al.*, 2018; (MOURA *et al.*, 2017).

O enfermeiro é responsável por articular o cuidado, através da troca de informações, com toda a equipe multiprofissional. A comunicação bem estabelecida é uma das formas de realizar essa articulação para o cuidado, na qual se dá de duas maneiras complementares: a instrumental, quando o diálogo se restringe a repasses de informações de procedimentos e a comunicativa, quando o saber do outro profissional é reconhecido e valorizado, quando há o consenso (MOURA *et al.*, 2017), fato esse não observado na fala de ENF 04 e ENF 07.

"O médico quer prescrever apenas dipirona para um paciente com uma queimadura enorme? Isso não existe! Aí a gente vai falar e eles acham ruim" (ENF 07).

"Quem sabe de curativo somos nós. Não adianta tá prescrito colagenase se eu sei que a sulfadiazina é melhor. Não faço!" (ENF 04).

A valorização profissional, ou do saber do outro, está diretamente relacionada com a motivação/dedicação ao trabalho e, consequentemente, com a prevenção do estresse ocupacional. O profissional necessita de reconhecimento para desenvolver autoestima, identidade com o trabalho realizado e relações interpessoais e assim evitar adoecimentos, sofrimentos e desintegração da equipe, essa última, se faz presente na fala de ENF 04, quando o cuidado coletivo foi prejudicado devido à discordância de saberes (MOURA *et al.*, 2017; UENO *et al.*, 2017).

A não construção do cuidado colaborativo, os conflitos interpessoais e a hierarquia profissional, contribuem para a não integralidade da assistência à saúde. Em particular, as decisões não compartilhadas, além de interferirem na integralidade do cuidado, também influenciam na corresponsabilização da assistência, resultando na sobrecarga de trabalho (MOURA *et al.*, 2017; UENO *et al.*, 2017). Os conflitos

interpessoais não se fazem presentes somente entre as classes profissionais, como observador na da fala de TEC 05.

"A enfermagem é muito desunida, falta responsabilidade e interatividade profissional. Cada um por si" (TEC 05).

O participante TEC 05 não é o único a relatar a desunião existente entre os profissionais de enfermagem, outros estudos abordam nas suas discussões algumas explicações para esse fato, por exemplo: descontentamento com a profissão, descompromisso com o trabalho, disputa de poder entre os próprios componentes da equipe de enfermagem, baixa remuneração e dificuldade desempenhar a função devido ao pouco conhecimento (UENO *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

A solução para os problemas identificados nas falas, expostas nessa categoria, é o diálogo. Através dele, haveria o reconhecimento do saber do outro, a reconstrução da atividade profissional, estabelecimento de vínculo e o desenvolvimento do trabalho em equipe, caracterizado por TEC 17, como sendo um dos principais fatores contribuintes para o serviço (UENO *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

"Uma equipe unida e interessada, melhora muito o serviço no setor" (TEC 17).

O trabalho em equipe consiste em uma forma de organização para se aproveitar as habilidades dos indivíduos e assim prestar uma assistência mais ampla às necessidades das pessoas, proporcionando satisfação ao profissional e ao paciente. Para que ele ocorra, primeiramente faz-se necessário que os problemas aqui elencados, como desvalorização do saber profissional e falta de comunicação entre os profissionais, sejam solucionados (UENO *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017).

Contudo, a interação entre os profissionais não depende somente dos mesmos, mas também, do gestor o qual deve desenvolver estratégias que estimulem essas relações, como por exemplo, as reuniões de equipe. Através delas poderia se estabelecer o diálogo entre os profissionais, proporcionando: a valorização dos diversos saberes ali presentes, um *feedback* sobre as práticas profissionais, uma discussão sobre os problemas de trabalho, o planejamento das ações e até mesmo momentos de confraternização com a finalidade de reduzir as

pressões advindas da atividade laboral (SOUZA *et al.*, 2017; UENO *et al.*, 2017).

O gestor ao realizar essas estratégias, não estará promovendo somente o trabalho em equipe, mas também, prevenindo e tratando o estresse ocupacional, uma vez que, as estratégias quando realizadas em coletividades, são mais eficazes que as individuais. O fato de os gestores direcionarem o olhar para o aspecto, relacionamento interpessoal, é de grande importância, também, para a prevenção da Síndrome de *Burnout*, já que em alguns estudos ficou evidente que depois da organização do trabalho, o relacionamento interdisciplinar é o causador dessa síndrome (SOUZA *et al.*, 2017; UENO *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou identificar fatores relacionados a aspectos organizacionais do trabalho e estresse em profissionais de Enfermagem de uma Unidade de Tratamento a Queimados, fatores esses, predisponentes à Síndrome de *Burnout*. Dessa forma, o objetivo do estudo foi contemplado.

Evidenciou-se que, quanto mais exposição dos profissionais de Enfermagem da Unidade de Tratamento a Queimados a fatores predisponentes ao estresse, maior o risco de comprometimento de suas capacidades para desempenhar seu trabalho, por conseguinte, uma assistência aos pacientes queimados sem qualidade.

Compete as instituições de saúde lançar mão de estratégias para identificar o estresse associado à Síndrome de *Burnout* em seu trabalhador, recorrendo à criação de um ambiente organizado propício às suas atividades, preocupando-se com a saúde mental de seus profissionais, uma vez que os custos para esse fim são mais moderados quando comparados aos custos com problema-doença.

Percebe-se que, assim como há leis, normas, diretrizes e protocolos institucionais sancionados para prevenção e promoção da saúde biológica (como a exigência do uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI); seriam imprescindíveis dispositivos jurídicos que favorecessem a saúde mental dos trabalhadores, evitando o adoecimento nessa esfera que compõe o ser humano, pois prejuízos nela são graves, contudo, ignorados ou subestimados por serem invisíveis.

Tendo ciência dos benefícios das estratégias preventivas em longo prazo, orienta-se a realização das mesmas, mesmo que sejam simplórias, como exemplo a reunião de equipe, a qual não necessita de investimento econômico, para que os profissionais possam verbalizar as suas necessidades e dificuldades.

Mesmo tendo conhecimento que a Enfermagem é uma das profissões da área da saúde com maior risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*, evidencia-se a necessidade de realizar pesquisas nessa temática com as variadas classes profissionais da saúde, incluindo aqueles que não estão no ambiente hospitalar.

Vale salientar que houve limitações na pesquisa devido as suas características próprias: o estudo não ter sido aplicado em outros setores; haver pouca literatura voltada a esse tema específico.

REFERÊNCIAS

ANTONIOELLI, Liliana et al. Coping e estresse na equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras-SBQ**, v. 16, n. 3, p. 174-80, 2017.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Rego LA; Pinheiro, tradução. Lisboa: Edições 70, 2015.

CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda de et al. Retorno às atividades laborais entre amputados: Qualidade de vida no trabalho, depressão e ansiedade. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 18, n. 4, p. 468-475, 2018.

SOUZA, Joana D'arc de; PESSOA JÚNIOR, João Mário; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Estresse em pronto-socorro e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 12, 2017.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; BOECK, Jocemara Neves. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 709-720, 2015.

FERREIRA, Naiza do Nascimento; LUCCA, Sergio Roberto de. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 68-79, 2015.

FERMINO, Veridiana et al. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

FROTA, Mirna Albuquerque; ROLIM, Karla Maria Carneiro. Aspectos Gerais da Formação da Enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros técnicos e auxiliares-debatedor. *Enferm. Foco*, v. 7, n. Esp, 28-29, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.688>;

KIM, Yeong Ah; PARK, Jeong Sook. Development and Application of an Overcoming Compassion Fatigue Program for Emergency Nurses. **J Korean Acad Nurs.**, v. 46, n. 2, p. 260-70, 2016. Disponível em: 10.4040/jkan.2016.46.2.260.

LUCIETTO, Grasielle Cristina et al. Brinquedoteca como ferramenta auxiliar no cuidado hospitalar: percepção de profissionais de enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 88-103, 2018.

MARQUES, Geovana Celda Silva et al. Profissional Enfermeiro: Competências e habilidades para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 307-326, 2018.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Estressores afetando a capacidade para o trabalho em diferentes grupos etários na Enfermagem: seguimento de 2 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1589-1600, 2017.

MOURA, Reinaldo dos Santos et al. Estresse da equipe de enfermagem atuante no cuidado na UTI adulto: Revisão integrativa. **Hórus**, v. 9, n. 1, p. 35-52, 2017.

NORA, Carlise Rigon Dalla; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção

primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 112-121, 2015.

SOUZA, Maurício Serra Viana Bezerra de. Revisitando o significado do estresse no contexto das organizações: uma breve revisão teórico-conceitual. [Monografia Internet]. [Brasília]: Centro Universitário de Brasília Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento. 2016. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/handle/235/7994>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SOUZA, Geisa Colebrusco de et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 642-649, 2016.

SOUZA, Rosimere Vieira et al. Imagem do enfermeiro sob a ótica do acadêmico de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 47-51, 2017;

MEIRELES, Antonieta dos Reis et al. Estresse ocupacional da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 3, p. 228-234, 2018.

SULLIVAN, Gail M. O enigma do burnout: natureza versus criação? **Journal of Graduate Medical Education**, v. 8, n. 5, p. 650-652, 2016.

WORM, Fabiana A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 2, p. 1279-1287, 2016.

UENO, Larissa Gabrielle Souza et al. Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 4, p. 1632-1638, 2017.

WRIGHT, Nicola; ZAKARIN, Melissa; BLAKE, Holly. Opiniões dos enfermeiros sobre programas de bem-estar no local de trabalho. **British Journal of Nursing**, v. 25, n. 21, p. 1208-1212, 2016.

ZOMER, Francieli Bellettini; GOMES, Karin Martins. Síndrome de burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática. **Revista de Iniciação Científica**, v. 15, n. 1, p. 55-68, 2017.

SINTOMAS OSTEOMUSCULARES EM PESSOAS IDOSAS EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE

JOSÉ FELIPE COSTA DA SILVA

Fisioterapeuta, Mestre em Gestão e Inovação em Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN, felipedoshalom@yahoo.com.br.

JOÃO VINÍCIUS BEZERRA MARQUES

Graduando pelo Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança – FACENE/ Mossoró - RN, jvbmarques070@gmail.com;

MILENA MORAIS LIMA

Graduando pelo Curso de Farmácia da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança – FACENE/ Mossoró - RN, jvbmarques070@gmail.com;

THALIA BARBALHO

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, thaliabarbalho04@gmail.com;

EDSON MENDES MARQUES

Professor orientador: Enfermeiro, Mestrando em Práticas em Saúde e Educação Pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN, edson.marques@ebserh.gov.br;

RESUMO

Os centros de convivência de idosos são espaços recreativos e de convivência social com uma grande participação da população idosa. Neste contexto o objetivos caracterizar a dor em relação à sua intensidade e localização anatômica em pessoas idosas participantes de um centro de convivência. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, utilizou como instrumentos uma ficha de avaliação, questionário nórdico de sintomas osteomusculares e a escala visual analógica. Participaram do estudo 79 pessoas idosas que fazem parte do centro de convivência de ambos os sexos com predomínio do sexo feminino (91,1%), em relação às regiões anatômicas mais afetadas nos últimos 12 meses foram joelhos 55,7%, foi impedido de realizar alguma atividade por sintomas no inferior das costas 26,6%, novamente os joelhos surgiu como motivos de consulta nos últimos 12 meses em 31,6% e nos últimos 7 dias os sintomas nos joelhos foram relatados em 41,8% da amostra. Conclui-se que a amostra foi composta em quase sua totalidade de mulheres portadores de hipertensão e diabetes mellitus, com prevalência de sintomas nos joelhos e inferior das costas.

Palavras-chave: Dor, Envelhecimento, Centros de Convivência para Idosos.

TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM PESSOAS COM DOENÇA ALZHEIMER

GABRIELLA MEDEIROS SILVA

Doutoranda em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, medeirosgabriella7@gmail.com;

EDIZÂNGELA DE FÁTIMA CRUZ DE SOUZA

Mestranda em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, edif-cruzs@gmail.com;

JANDIRLLY JULIANNA DE SOUZA SOUTO

Doutoranda em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, jandirllysouto08@gmail.com;

THIAGO MONTEIRO DE PAIVA FERNANDES

Doutor em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, thiagompfernandes@gmail.com;

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo de demência mais frequente. Afeta domínios cognitivos, especialmente a memória, e sua progressão compromete a funcionalidade nas atividades diárias. Embora o tratamento seja principalmente farmacológico, outros métodos de intervenção também são utilizados de forma complementar, como a reabilitação neuropsicológica. O objetivo deste estudo foi identificar as principais técnicas de reabilitação neuropsicológica utilizadas em pessoas com DA. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores "*Neuropsychological rehabilitation*" OR "*Neuropsychological intervention*" OR "*Cognitive stimulation*" OR "*Cognitive training*" AND Alzheimer OR "*Alzheimer's disease*" OR "*Alzheimer dementia*". Foram incluídos 12 estudos. As principais técnicas identificadas nos estudos foram: aprendizagem sem erros, recuperação espaçada, questionamento repetido, orientação da realidade, reconhecimento de objetos, estimulação das funções executivas de atenção, planejamento e estratégia, treino do pensamento abstrato, técnicas de leitura e escrita, treino de aritmética, associações semânticas, reminiscências, significados emocionais e simulação de atividades da vida diária. A maior parte das investigações mostrou melhora na capacidade cognitiva dos idosos e redução de sintomatologia depressiva e ansiosa.

Palavras-chave: Reabilitação Neuropsicológica, Doença de Alzheimer, Idoso.

INTRODUÇÃO

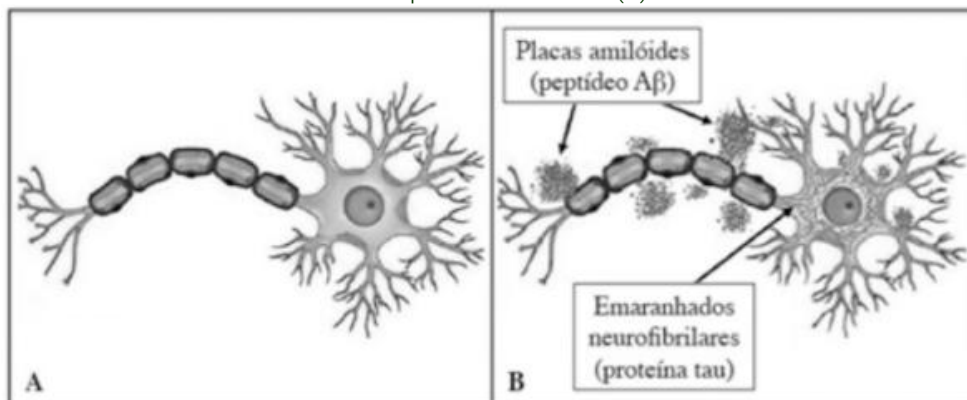
O envelhecimento humano normal é caracterizado por diversas mudanças anatômicas e fisiológicas, que trazem implicações funcionais ao indivíduo (GRAYSTON, 2018). O funcionamento cognitivo é um dos aspectos que sofre alterações decorrentes do envelhecimento cerebral. Esse declínio, no entanto, é bastante heterogêneo entre os idosos (WISDOM; MIGNOGNA; COLLINS, 2012)

As alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento normal geralmente não acarretam em grandes impactos nas atividades instrumentais da vida diária, ou seja, aquelas tarefas que requerem um maior número de processos cognitivos, como, por exemplo, cozinhar, gerenciar finanças e compromissos ou dirigir (JUTTEN et al., 2017). Entretanto, alguns déficits nessas atividades, como, por exemplo, esquecer nomes de familiares, colocar objetos em lugares incomuns e ficar muito confuso ao planejar ou pensar sobre as coisas, podem ser indicativos de um quadro de transtorno neurocognitivo, comumente chamado de demência (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

A demência é caracterizada por um declínio lento e progressivo na memória e em pelo menos mais um domínio cognitivo, como funcionamento executivo, linguagem, habilidades visoespaciais, personalidade ou comportamento. A progressão de uma demência envolve maior comprometimento cognitivo, afetando mais domínios, prejudicando mais a funcionalidade do indivíduo (CUNNINGHAM et al., 2015).

A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo mais frequente de demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos. A DA é uma patologia caracterizada pela formação de placas extracelulares pela deposição da proteína β -amiloide e a formação de emaranhados neurofibrilares da proteína tau (SELKOE, 2001). A Figura 1 mostra de maneira esquemática as diferenças entre um neurônio de uma pessoa saudável e de uma pessoa com DA. Essas lesões ocorrem especialmente nas regiões do hipocampo e córtex cerebral, relacionados com a memória e funções cognitivas superiores. Desse modo, conforme essas lesões aumentam no cérebro o nível de comprometimento se torna mais grave (QIAN; HYMAN; BETENSKY, 2017). A Figura 2 apresenta um esquema de como a DA afeta o cérebro.

Figura 1 – Diferenças esquemáticas entre um neurônio saudável (A) e um neurônio de um paciente com DA (B).

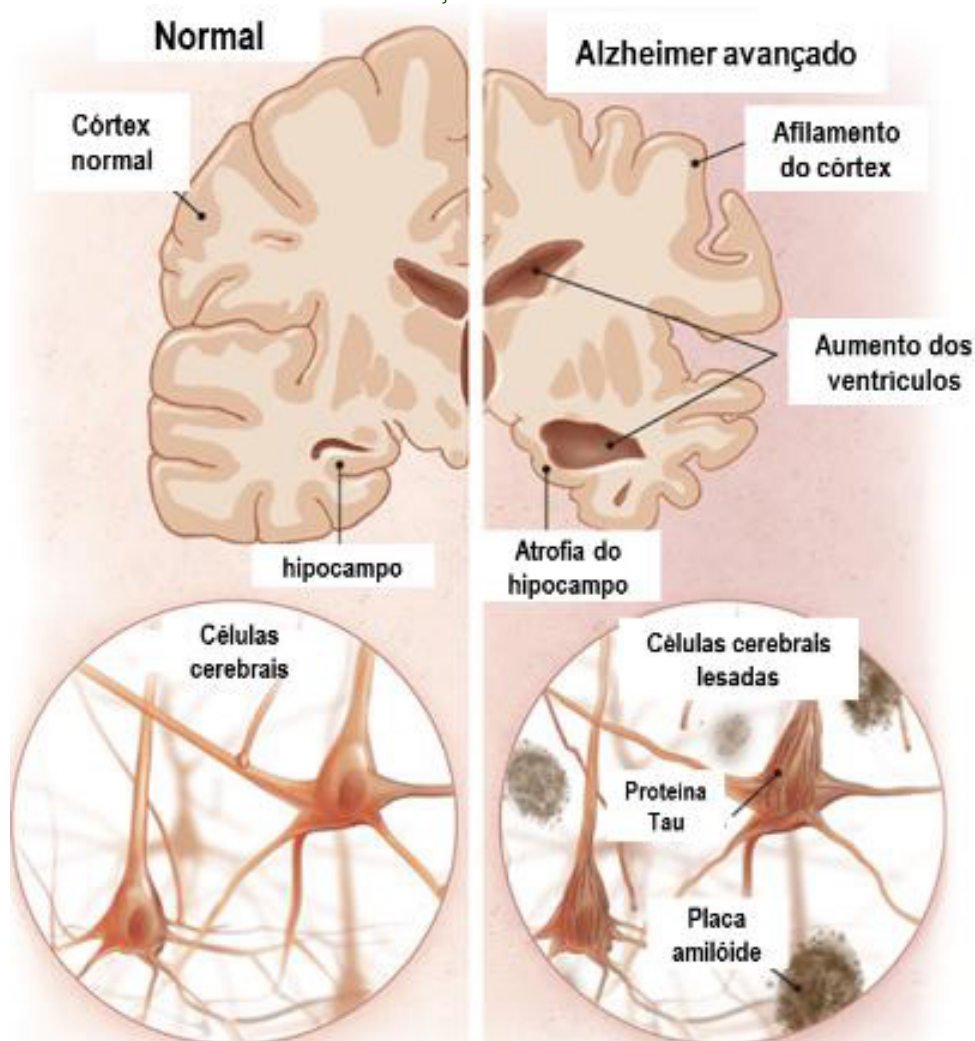


Fonte: FALCO et al., 2016.

Os principais sintomas clínicos da DA envolvem comprometimento da memória, especialmente a memória episódica, e alterações de personalidade (LINDEBOOM; WEINSTEIN, 2004). Os prejuízos se estendem para as memórias pessoais, sociais e até mesmo o reconhecimento de familiares e da própria identidade (GIL, 2005). A progressão da doença afeta outros domínios cognitivos e coordenação motora. Nos estágios mais avançados, os sintomas se agravam envolvendo incontinência urinária e fecal, dificuldades para realizar tarefas simples, como comer, o que resulta em dependência de outras pessoas (Cunningham et al., 2015).

O tratamento da DA é principalmente farmacológico, podendo ocorrer à nível terapêutico específico, visando reverter os mecanismos que levam à morte neuronal; à nível profilático, quando objetiva retardar ou prevenir declínios cognitivos; tratamento sintomático, buscando restaurar, de forma parcial ou provisória, habilidades funcionais e capacidades cognitivas; ou à nível complementar, visando tratar aspectos não cognitivos da doença, como depressão (FORLENZA, 2005). Os fármacos mais utilizados no tratamento da DA são compostos por inibidores de colinesterases e memantina, visto que proporcionam melhoras em aspectos cognitivos e funcionais, incluindo benefícios em aspectos comportamentais (MASSOUD; LÉGER, 2011).

Figura 2 – Representação esquemática das alterações no cérebro decorrentes da Doença de Alzheimer.



Fonte: LOPES, 2019.

O tratamento farmacológico na DA é complementado por uma variedade de métodos de intervenção, que auxiliam na melhora e/ou manutenção do desempenho cognitivo, como musicoterapia, reabilitação neuropsicológica, programas de exercícios físicos e orientação e suporte psicológico para familiares e cuidadores (FRONZA; PILLATT,

2018). No entanto, em contraste à grande difusão de informações acerca do tratamento farmacológico na DA, pouco foi explorado acerca dos resultados que tratamentos complementares podem proporcionar, especialmente a reabilitação neuropsicológica (SILVA; SOUZA, 2018).

A reabilitação neuropsicológica objetiva reduzir déficits nos aspectos cognitivos, comportamentais, psicológicos e sociais através diversas técnicas e estratégias, de forma a estimular a plasticidade neural (HAMDAN; PEREIRA; RIECHI, 2011). Isto implica ir além da melhora cognitiva, pois também abarca problemas emocionais e comportamentais, possibilitando a maximização das aprendizagens e reaprendizagens de meios e alternativas que permitam ao paciente mais funcionalidade em seu meio social (GIL, 2005).

A área da reabilitação psicológica cresceu muito e atualmente existem diversos serviços que a ofertam ao redor do mundo. As técnicas utilizadas se ancoram no processo de diagnóstico cuidadoso de diferentes sistemas cognitivos, emocionais e motivacionais do paciente. No entanto, ainda existem lacunas quantos às principais técnicas e os resultados que podem proporcionar (CICERONE et al., 2000; GINDRI et al., 2012).

Nesse sentido, o presente trabalho apresenta como objetivo geral identificar as principais técnicas de reabilitação neuropsicológicas utilizadas em pessoas com doença de Alzheimer.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. De acordo com Echer (2001), a revisão da literatura apresenta grande relevância para a aquisição de conhecimento sobre determinado assunto, pois reúne o que já foi investigado sobre o tema. Assim, pode orientar o pesquisador quanto às lacunas existentes em relação ao assunto, fornecendo ideias para novas investigações.

Foram utilizados os descritores "Neuropsychological rehabilitation" OR "Neuropsychological intervention" OR "Cognitive stimulation" OR "Cognitive training" AND Alzheimer OR "Alzheimer's disease" OR "Alzheimer dementia".

Foram incluídos todos os artigos empíricos que versassem sobre técnicas de reabilitação neuropsicológica em pessoas diagnosticadas

com doença de Alzheimer, publicados entre 2009 e 2019, cuja faixa etária dos participantes fosse a partir de 60 anos e estivessem escritos em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos estudos que houvessem empregado outra técnica complementar de tratamento (e.g. estimulação transcraniana por corrente contínua).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 sumariza os aspectos gerais de cada estudo, como tamanho da amostra, tipos de instrumentos utilizados para avaliação pré e pós reabilitação, técnicas neuropsicológicas utilizadas na intervenção, duração da intervenção e os principais achados.

Tabela 1 – Características gerais dos estudos

Autor (ano)	Amostra	Tipo de DA	Instrumentos	Intervenção	Tarefa	Resultados
Lee et al. (2009)	19 (1 H e 18 M)	Leve	"CERAD-K LMT BVRT –A TSD"	"24 sessões grupais (8 semanas) Intervenção: Treinamento de recuperação espaçada;		
da-Silva et al. (2011)	21 (11 H e 10 M)	Leve	"MEEM DRE FAS-FV FAS-FS SE-WAIS WMS"	Avaliação antes e ao final da intervenção."	Repetição de palavras	Maiores períodos de retenção da informação. Sem alterações no desempenho neurológico
Fernández Calvo et al. (2011)	45 (25 H e 20 M)	Leve	"MEEM ADAS-Cog NPI-Q ECDD RDRS-2"	6 sessões grupais (6 semanas); Intervenção: repetições, associações semânticas, reminiscências e significados emocionais; Grupo psicoeducativo; Avaliação antes e ao final da intervenção.	Oficina de jardinagem	Aumento nos escores dos testes cognitivos e redução dos escores de sintomas da depressão
Brunelle-Hammann et al. (2014)	15 (4 H e 11 M)	Leve ou moderado	"NPI-12 ZBI-22"	36 sessões individuais (12 semanas); Intervenção BBA: estimular percepção, memória, cálculo, análise e acuidade; PPI: estimular raciocínio, atenção, concentração, linguagem verbal e escrita; praxias; gnosias; aritmética e cálculo; Avaliação antes e ao final da intervenção.	BBA: Desafios intelectuais em formato de jogos no computador; PPI: exercícios com lápis e papel	Pacientes do BBA manifestaram maior redução significativa no declínio cognitivo nos sintomas depressivos

Autor (ano)	Amostra	Tipo de DA	Instrumentos	Intervenção	Tarefa	Resultados
Quintana Hernández et al. (2014)	127 (54 H e 66 M)	Leve ou moderado	"MEEM CAM-COG RDRS-2 NPI"	"8 sessões individuais (4 semanas); Intervenção: aprender / reaprender uma atividade instrumental da vida diária		
Thivierge et al. (2014)	20 (8 H e 12 M)	Leve ou moderado	"MEEM DRS-2 CVLT-2 CDT BNT TMT HAM-D NPI DAD DMT RBMT DQoL ZBI-22"	Avaliação antes, ao final da intervenção e 2 follow-ups."	-	Aumento de comportamentos motores desviantes. Redução de sintomas delirantes.
Fernández Calvo et al. (2015)	61 (26 H e 35 M)	Leve	"ADASCog NPI-Q CSDD RDRS-2"	288 sessões grupais (2 anos); Intervenção: Grupo de relaxamento muscular progressivo; Grupo mindfulness; Avaliação antes da intervenção e 4 medidas semestrais.	Orientação temporal e espacial, yoga, atenção à respiração e exercícios de atenção plena.	O grupo mindfulness apresentou cognição e comportamentos estáveis. Os demais pacientes mostraram leve piora nas capacidades mentais.
Lalanne et al. (2015)	33	-	GDS	6 sessões individuais (6 semanas); Intervenção: REMau: questionamentos repetidos Grupo controle: conhecimento semântico Avaliação antes, ao final da intervenção e follow-up		
Cavallo & Angilletta (2016)	11 (3 H e 8 M)	Leve	MEEM RBMT GNT TIB VOSP	"24 sessões individuais (2 meses); Intervenção: Exercício geográfico para otimização cognitiva (GEO) Grupo controle: intervenção cognitiva geral; Avaliação antes, ao final da intervenção e 2 follow-ups"		

Autor (ano)	Amostra	Tipo de DA	Instrumentos	Intervenção	Tarefa	Resultados
Martínez-Moreno et al. (2016)	60 (25 H e 35 M)	Leve	"RBANS TB-R WAIS-III MEEM PGC-AIVD BI"	115 sessões grupais (1 ano); Intervenção: Técnicas de orientação da realidade; memória; linguagem; Atividades da vida diária; Avaliação antes e ao final da intervenção.		
Amable et al. (2017)	80 (31 H e 49 M)	Leve	MoCA	"16 sessões (2 meses); Intervenção: estimular memória, orientação, atenção, cálculo, linguagem, praxia e funções executivas. Avaliação antes e ao final da intervenção."		
Dainez (2017)	1 M	Grave	"MEEM ADAS-cog MoCA NPI CSDD DAD GDS15 IA"	"RN e TCC (12 meses); Intervenção: questionamento repetido; aprendizagem sem erro; orientação da realidade, de reconhecimento de objetos; funções executivas de atenção, planejamento e estratégia; treino pensamento abstrato Avaliação antes, ao final da intervenção e follow-up."		

Nota: ADAS-cog = Escala para Avaliação da Doença de Alzheimer – Subescala Cognitiva; BI = Índice Barthel; BVRT-A = Teste de Retenção Visual de Benton A; CAMCOG = Cambridge Cognitive Examination; CDT = Clock Drawing Test; CERAD-K = Bateria Neuropsicológica da Doença de Alzheimer versão coreana; CSDD = Escala de Cornell para Depressão; CVLT-2 = California Verbal Learning Test Second Edition DAD = Avaliação de Incapacidade na Demência; DMT = Direct Measure of Training; DQoL = Dementia Quality of Life; DRE = Teste do Desenho Livre de um Relógio; DRS-2 = Dementia Rating Scale e Second Edition; ECDD = Escala Cornell de depressão em demência; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; FAS-FS = Teste de Fluência Verbal Semântica para palavras de categorias como nomes de animais; FAS-FV = Teste de Fluência Verbal para palavras iniciadas em F, A e S; GDS15 = Escala de Depressão Geriátrica-15; GNT = Teste de Nomenclatura Gradual; HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale; IA = Inventário de Ansiedade; LMT = Teste de Memória Lógica; MEEM = Mini Exame do Estado Mental; MoCA = Teste Cognitivo de Montreal; NPI = Inventário Neuropsiquiátrico; PGC-AIVD = Atividades

Gerenciais da Vida Diária do Centro Geriátrico da Filadélfia; RBANS = Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status; RBMT = Teste de memória comportamental de Rivermead; RDRS-2 = Escala de avaliação rápida da incapacidade; RN = Reabilitação neuropsicológica; SE-WAIS = Subteste Verbal de Semelhanças da Escala de Wechsler de Inteligência Adulta; TB-R = Teste Barcelona; TCC = Terapia Cognitivo-comportamental; TIB = Teste de Inteligência Breve; TMT = Trail Making Test; TSD = Teste Span de dígitos; VOSP = ateria percepção visual de objeto e espaço; WMS = Escala de Memória de Wechsler; ZBI-22: Zarit Burden Interview-22 items.

Os resultados da presente revisão demonstraram que as principais técnicas de reabilitação neuropsicológica utilizadas pelos estudos foram: aprendizagem sem erros, recuperação espaçada, questionamento repetido, orientação da realidade, reconhecimento de objetos, estimulação das funções executivas de atenção, planejamento e estratégia, treino do pensamento abstrato, técnicas de leitura e escrita, treino de aritmética, associações semânticas, reminiscências, significados emocionais e simulação de atividades da vida diária. Embora os estudos tenham usado técnicas diferentes entre si, algumas técnicas foram utilizadas por mais de um estudo, como aprendizagem sem erros (DAINEZ, 2017; FERNÁNDEZ CALVO *et al.*, 2015; THIVIERGE *et al.*, 2014), recuperação espaçada (LEE *et al.*, 2009; FERNÁNDEZ CALVO *et al.*, 2015; THIVIERGE *et al.*, 2014) e questionamento repetido (DAINEZ, 2017; LALANNE; GALLARDA; PIOLINO, 2015).

O uso de técnicas distintas em estudos sobre reabilitação neuropsicológica também foi encontrado por outra revisão da literatura (SOUZA, 2010). Em sua revisão entre os anos de 2004 e 2010, Souza (2010) observou que as principais técnicas de reabilitação neuropsicológica utilizadas nos estudos foram aprendizagem sem erros, recuperação espaçada, musicoterapia e terapia de reminiscências. Assim como na presente revisão, o autor também observou que recuperação espaçada foi uma técnica que apareceu em mais de um estudo. Na técnica recuperação espaçada, o paciente é solicitado a recordar um conjunto de itens. Se responder corretamente, solicita-se que repita esse conjunto em intervalos espaçados de tempo (LEE *et al.*, 2009).

Para a aplicação das técnicas foram utilizados, por exemplo, relógio e calendário para técnica de orientação, jogo de dominó para a

técnica de funções executivas, interpretação de provérbios para a técnica do pensamento abstrato (DAINEZ, 2017) e oficina de jardinagem para aplicação das técnicas associações semânticas, reminiscências e significados emocionais (DA-SILVA *et al.*, 2011). Elementos do cotidiano do paciente, como os observados, por exemplo, no estudo de Dainez (2017) são característicos de intervenções individuais. A maioria dos estudos (7/12) incluídos na presente revisão adotou esse modelo de intervenção. Vantagens desse formato em relação a intervenção grupal incluem a flexibilização do plano terapêutico, conforme as preferências do paciente, além do acompanhamento das necessidades e pontos necessários a se trabalhar com o paciente. Todavia, uma limitação nesse modelo de tratamento é a menor estimulação da socialização (GINDRI *et al.*, 2012)

Além das técnicas, a reabilitação neuropsicológica também envolve a avaliação neuropsicológica, que é crucial e de extrema relevância antes, durante e após a intervenção (CICERONE *et al.*, 2000). Os instrumentos de avaliação, assim como as técnicas, foram distintos entre os estudos analisados. O mini exame do estado mental (MEEM) (CAVALLO; ANGILLETTA, 2016; DA-SILVA *et al.*, 2011; DAINEZ, 2017; FERNÁNDEZ-CALVO *et al.*, 2011; MARTÍNEZ-MORENO *et al.*, 2016; QUINTANA HERNÁNDEZ *et al.*, 2014; THIVIERGE *et al.*, 2014) e o inventário neuropsiquiátrico (NPI) (BRUNELLE-HAMANN; THIVIERGE; SIMARD, 2015; DAINEZ, 2017; FERNÁNDEZ-CALVO *et al.*, 2011, 2015; QUINTANA HERNÁNDEZ *et al.*, 2014; THIVIERGE; JEAN; SIMARD, 2014) foram os instrumentos de avaliação mais utilizados. Esse resultado corrobora indicativos da literatura de que o MEEM é o teste de rastreio cognitivo mais utilizado no mundo (NILSSON, 2007). Já o NPI é um instrumento que apresenta validade convergente com testes de eficiência cognitiva global, como o *Adden brooke's Cognitive Examination - Revised* (ACE-R) em pacientes com DA. Dessa maneira, é um instrumento adequado para avaliação de sintomas neuropsiquiátricos nessa amostra (MUSA *et al.*, 2017).

No tocante aos resultados dos estudos, uma parcela considerável apresentou melhora no desempenho cognitivo (7/12) e diminuição de sintomas psiquiátricos, como depressão e delírios, por exemplo (6/12). O estudo de Amable *et al.* (2017) foi o único a apresentar diferenças quanto as variáveis escolaridade e sexo em consonância aos achados

de Parente et al. (2009). No entanto, os resultados do Martínez-Moreno et al. (2016) sinalizam um caminho distinto, pois, embora pacientes com maior capacidade cognitiva tenham apresentado melhor desempenho após a reabilitação neuropsicológica, a variável escolaridade não teve diferença significativa.

Essas mudanças são possíveis devido à plasticidade neural, isto é, a adaptação do sistema nervoso central à interação do organismo com os estímulos do ambiente (POWER; SCHLAGGAR, 2017). A melhora pode ser mais proeminente em pacientes com maior capacidade cognitiva. No entanto, a capacidade cognitiva nem sempre está relacionada com maiores níveis de escolaridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento pode acarretar em diferentes déficits na saúde, incluindo o favorecimento de demências, como no caso da Doença de Alzheimer. O presente trabalho demonstrou, através de uma revisão, que diferentes técnicas neuropsicológicas podem ser usadas no tratamento da doença. Uma das técnicas mais utilizadas pelos estudos foi a recuperação espaçada, assim como demonstrado por outra revisão mais antiga. Isso demonstra que trata-se de uma técnica bastante empregada na Reabilitação Neuropsicológica.

Além disso, a maior parte das investigações mostrou melhora na capacidade cognitiva dos idosos e redução de sintomatologia depressiva e ansiosa. Dessa maneira, pode-se concluir que diferentes técnicas neuropsicológicas podem melhorar aspectos cognitivos e psiquiátricos em pacientes com DA.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. D. DE; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. DE. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, n. 3, p. 131–136, jun. 2005.

BRUNELLE-HAMANN, L.; THIVIERGE, S.; SIMARD, M. Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 25, n. 5, p. 677–707, 3 set. 2015.

CAVALLO, M.; ANGILLETTA, C. A Case Study of the Long-Lasting Effects of Cognitive Training on Similar Tasks in Alzheimer's Disease: **Journal of Applied Gerontology**, 17 ago. 2016.

CICERONE, K. D. et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, n. 12, p. 1596–1615, dez. 2000.

CUNNINGHAM, E. et al. Dementia. **The Ulster Medical Journal**, v. 84, n. 2, p. 79–87, maio 2015.

DA-SILVA, S. L. et al. Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 28, n. 2, p. 229–240, jun. 2011.

DAINEZ, E. C. L. Reabilitação neuropsicológica e terapia cognitivo-comportamental aplicadas a paciente com doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 1, p. 146–154, 12 jun. 2017.

ECHER, I. C. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 5, 2001.

FALCO, A. De et al. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Química Nova**, v. 39, p. 63-80, 2016.

FERNÁNDEZ-CALVO, B. et al. Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. **Psicothema**, v. 23, n. 1, p. 44–50, 2011.

FERNÁNDEZ-CALVO, B. et al. Effect of unawareness on rehabilitation outcome in a randomised controlled trial of multicomponent intervention for patients with mild Alzheimer's disease. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 25, n. 3, p. 448–477, 4 maio 2015.

FORLENZA, O. V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, n. 3, p. 137–148, jun. 2005.

FRONZA, J. L.; PILLATT, A. P. Tratamentos psicológicos para idosos com doença de alzheimer: uma revisão narrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 3, p. 764–775, dez. 2018.

GIL, R. Neuropsicologia das Demências. Em: **Neuropsicologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2005. p. 214–238.

GINDRI, G. et al. Métodos em reabilitação neuropsicológica. Em: **Métodos em Neurociência**. São Paulo: Manole, 2012. p. 343–375.

GRAYSTON, D. F. Normal changes of ageing: **InnovAiT**, 1 out. 2018.

HAMDAN, A. C.; PEREIRA, A. P. A. DE; RIECHI, T. I. J. DE S. Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica: Desenvolvimento Histórico e Perspectivas Atuais. **Interação em Psicologia**, v. 15, n. 0, 20 dez. 2011.

JUTTEN, R. J. et al. Detecting functional decline from normal aging to dementia: Development and validation of a short version of the Amsterdam IADL Questionnaire. **Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring**, v. 8, p. 26–35, 1 jan. 2017.

LALANNE, J.; GALLARDA, T.; PIOLINO, P. “The Castle of Remembrance”: New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer's disease. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 25, n. 2, p. 254–282, 4 mar. 2015.

LEE, S. B. et al. Effects of spaced retrieval training (SRT) on cognitive function in Alzheimer's disease (AD) patients. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 49, n. 2, p. 289–293, out. 2009.

LINDEBOOM, J.; WEINSTEIN, H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. **European Journal of Pharmacology**, v. 490, n. 1–3, p. 83–86, 19 abr. 2004.

LOPES, V. Doença de Alzheimer: o que é, causas, sintomas, diagnóstico e tratamento. **Blog VanFisio**. 7 ago 2019. Disponível em < <https://vanfisio>.

com.br/blog/doenca-de-alzheimer-o-que-e-causas-sintomas-diagnostico-e-tratamento/. Acesso em 15 Jun 2022.

MARTÍNEZ-MORENO, M. et al. Comparison of neuropsychological and functional outcomes in Alzheimer's disease patients with good or bad response to a cognitive stimulation treatment: a retrospective analysis. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 11, p. 1821–1833, nov. 2016.

MASSOUD, F.; LÉGER, G. C. Pharmacological Treatment of Alzheimer Disease. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 579–588, 1 out. 2011.

MUSA, G. et al. Utility of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 11, n. 2, p. 129–136, jun. 2017.

NILSSON, F. M. Mini Mental State Examination (MMSE) - probably one of the most cited papers in health science. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 116, n. 2, p. 156–157, ago. 2007.

QIAN, J.; HYMAN, B. T.; BETENSKY, R. A. Neurofibrillary Tangle Stage and the Rate of Progression of Alzheimer Symptoms: Modeling Using an Autopsy Cohort and Application to Clinical Trial Design. **JAMA Neurology**, v. 74, n. 5, p. 540–548, 1 maio 2017.

QUINTANA HERNÁNDEZ, D. J. et al. Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. **Revista Española de Geriatría y Gerontología**, v. 49, n. 4, p. 165–172, 1 jul. 2014.

SELKOE, D. J. Alzheimer's Disease: Genes, Proteins, and Therapy. **Physiological Reviews**, v. 81, n. 2, p. 741–766, 1 abr. 2001.

SILVA, L. B.; SOUZA, M. F. S. DE. Os Transtornos Neuropsicológicos e Cognitivos da Doença de Alzheimer: A Psicoterapia e a Reabilitação Neuropsicológica como Tratamentos Alternativos. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 466–484, 2018.

SOUZA, M. B. DE. **Técnicas de intervenção na reabilitação cognitiva de idosos com doença de alzheimer**. Monografia—Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

THIVIERGE, S.; JEAN, L.; SIMARD, M. A randomized cross-over controlled study on cognitive rehabilitation of instrumental activities of daily living in Alzheimer disease. **The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 11, p. 1188–1199, nov. 2014.

WISDOM, N. M.; MIGNOGNA, J.; COLLINS, R. L. Variability in Wechsler Adult Intelligence Scale-IV subtest performance across age. **Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists**, v. 27, n. 4, p. 389–397, jun. 2012.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 04

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS NO ENVELHECIMENTO

CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA

A presente área temática "Aspectos psicológicos e comportamentais no envelhecimento" constituiu-se de preciosos capítulos acerca da fase 60+. Ricos diálogos foram percorridos ao longo dos trabalhos apresentados para o CIEH sobre subjetividades e comportamentos. Os títulos e temáticas abordados nos remetem à importância de atualização constante acerca do processo de envelhecimento ao longo da vida. Essas reflexões que seguem, irão contribuir para maior expertise acerca da temática, proporcionando mais arcabouço teórico prático para nosso fazer, enquanto profissionais interessados em contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, lhes proporcionando mais dignidade nesta última fase do Ciclo Vital. É neste afã, que vos apresento os temas elencados abaixo, para vossa doce leitura:

- APOIO SOCIAL E AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA*;
- AVÓS E NETOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A RELAÇÃO INTERGERACIONAL QUE SE AMPLIA NA LONGEVIDADE;
- DESAFIOS E OPORTUNIDADES DE UMA POPULAÇÃO QUE ENVELHECE DENTRO DO SISTEMA PRISIONAL;
- ESTRESSE E COGNIÇÃO: UM ESTUDO CORRELACIONAL COM IDOSOS;
- O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOA IDOSAS;
- PERCEÇÃO DE IDOSAS SOBRE A VELHICE: UM ESTUDO EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA;
- PROCESSO DE RESTAURAÇÃO DA DIGNIDADE DE UMA VIÚVA POBRE NO RETORNO À SUA TERRA NATAL;
- QUALIDADE DE VIDA, REDES SOCIAIS E COPING: UM ESTUDO NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL COM INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE DESEMPREGO;
- SEXUALIDADE: CONTRIBUIÇÕES DA TÉCNICA DE PERCEÇÃO PARA IDOSOS – SAT;

- TRABALHADORAS SEXUAIS E A MUDANÇA DO CORPO: OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS ACERCA DO CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E ENVELHECIMENTO.

Boa leitura!!!

Um grato abraço,

Profa. Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva

UNICAP – Universidade Católica de Pernambuco. Doutora e mestra em Psicologia Clínica, Psicóloga, Especialista em Gerontologia Social, Especialista em Gerontologia titulada pela SBGG, Especialista em Intervenções Clínicas, Assessora da UNICAP PRATA 50+: Universidade não tem idade, coordenadora do SAI (Serviço de Atenção à Pessoa Idosa), coordenadora da Liga de Gerontologia Psi UNICAP, Docente da Graduação, Mestrado e doutorado em Psicologia.

APOIO SOCIAL E AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA¹

STHEPHANIE DE ABREU FREITAS

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB,
stheenf@gmail.com;

ANA LUÍSA FERNANDES VIEIRA MELO

Graduanda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB,
luisa.vieira.fm@gmail.com;

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB,
cleane_rosas@hotmail.com;

KÁTIA NEYLA DE FREITAS MACEDO COSTA

Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará - UFC, katianeyla@yahoo.
com.br.

1 Esse artigo foi um recorte da pesquisa intitulada "Depressão, apoio social e autocuidado em idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria", vinculada ao Programa de Iniciação Científica – PIBIC/UFPB, vigência 2017 – 2018.

RESUMO

O apoio social se enquadra como parte importante da atenção integral à saúde da pessoa idosa, sendo definido como a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social. Quanto ao autocuidado, por sua vez, se refere ao conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, saúde e bem-estar. Objetivou-se correlacionar o apoio social e a capacidade para o autocuidado em pessoas idosas atendidas em um ambulatório de geriatria. A coleta ocorreu de novembro de 2017 a fevereiro de 2018. Foi avaliado o apoio social e a capacidade para o autocuidado das pessoas idosas a partir da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) e da Escala de Avaliação da Capacidade para o Autocuidado (ASAS-R). Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. Na avaliação dos domínios da escala de apoio social destaca-se com maior escore o domínio emocional ($71,48 \pm 18,27$), e com menor o domínio afetivo ($68,97 \pm 15,56$). A média do escore da capacidade para o autocuidado foi de $56,32 (\pm 5,95)$. Na correlação entre o apoio social e os seus domínios com a capacidade para o autocuidado, identificou-se correlação diretamente proporcional com significância estatística ($p \leq 0,05$), então, quanto maior o apoio social percebido, maior a capacidade para o autocuidado. Evidencia-se uma correlação entre apoio social e capacidade para o autocuidado, indicando que quanto maior o apoio social recebido pela pessoa idosa, maior poderá ser a sua capacidade para o autocuidado.

Palavras-chave: Enfermagem geriátrica, Saúde da Pessoa Idosa, Apoio Social, Autocuidado.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e intrínseco a todos os seres vivos, sendo caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais (AGUIAR *et al.*, 2019). Nesse sentido, torna-se relevante o estímulo para o autocuidado da pessoa idosa a partir das orientações quanto a sua independência, a sua autonomia e a oferta de apoio social para o enfrentamento das adversidades cotidianas. Tendo em vista que, uma rede social a qual fornece um apoio inapropriado a essa pessoa idosa poderá estar associada diretamente a indicadores de mortalidade, levando essa população a um maior risco de vulnerabilidades sociais (GUEDES *et al.*, 2017).

O apoio social se enquadra como parte importante da atenção integral à saúde da pessoa idosa, o qual corresponde à integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que as pessoas ou as instituições possam oferecer. Esse suporte social é visto como um aspecto bem relevante durante o envelhecimento, pois a sua falta pode se tornar preditora de mortalidade por diversas doenças (GUEDES *et al.*, 2017).

Entre os benefícios do apoio social, que o indivíduo vem a desenvolver, como atividades de suporte a população idosa, pode-se exemplificar: expressar preocupação, demonstrar afeto, partilhar uma atividade, prestar cuidados, aconselhar, dar sugestões e socializar. Assim, esse suporte envolve apoio emocional, apoio efetivo, carinho e companheirismo, que podem contribuir para a promoção e manutenção das atividades de autocuidado da pessoa idosa (RÖDER; VIVIAN, 2021). A adesão ao autocuidado pode mudar como resultado de circunstâncias inerentes não só à própria pessoa, mas também quanto a questões externas, que envolvem os aspectos sociais (SUPLICI *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva do autocuidado, à saúde representa muito mais do que a capacidade do indivíduo de "fazer coisas" por si e para si mesmo. Esse conceito se refere ao conjunto de ações que o ser humano desenvolve, consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, a saúde e o bem-estar. Diante disso, o autocuidado é visto como algo abrangente, que se refere às competências do indivíduo no desempenho de suas atividades de promoção e manutenção da saúde (SILVA; DOMINGUES, 2017).

A habilidade de se envolver e colocar em prática as ações para o autocuidado são aprendidas e estão sujeitas a alguns elementos condicionantes, dentre os quais se destacam a idade, a experiências de vida, os valores, a cultura e o nível educacional. Nesse sentido, o autocuidado é afetado quando a pessoa idosa manifesta dificuldade no desempenho das atividades básicas de vida diária, não atendendo eficazmente suas necessidades de alimentação, higiene, saúde mental e lazer (OROZCO; ALVES, 2017).

Evidenciando esse contexto, o apoio social na promoção do autocuidado é relevante quanto ao enfrentamento de doenças, fortalecimento da autonomia e independência da pessoa idosa (ALMEIDA; BASTOS, 2018).

Dessa forma, torna-se relevante uma análise da relação entre o apoio social e a capacidade para o autocuidado, a fim de favorecer a melhoria da assistência de enfermagem à pessoa idosa, a partir da implementação de um plano de cuidados individualizado e direcionado para o atendimento das necessidades dessa população. Porque a efetividade do relacionamento interpessoal contribui para a formulação de estratégias discutidas e pactuadas com o paciente, as quais apresentam uma maior chance de serem cumpridas na sua rotina diária (FERREIRA *et al.*, 2022).

Associado a isso, entre os benefícios desse estudo para os profissionais de enfermagem, pode-se citar a melhoria da assistência, da relação interpessoal com o idoso e seus familiares, da implementação de um cuidado mais seguro e de maior qualidade tanto para o envelhecer saudável como no enfrentamento das doenças crônicas.

Assim, torna-se imprescindível a realização de estudos nesse âmbito, tendo em vista a importância das redes de apoio social para a promoção e a manutenção da saúde da pessoa idosa. Com isso, este estudo teve como objetivo correlacionar o apoio social e a capacidade para o autocuidado em pessoas idosas atendidas em um ambulatório de geriatria.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, realizado no serviço ambulatorial de geriatria

de um hospital universitário, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. A população do estudo foi composta por pessoas idosas que fazem acompanhamento no referido serviço.

Para definição da amostra, foi solicitado junto ao setor de Regulação do hospital o quantitativo de idosos atendidos nos 12 meses anteriores à coleta de dados, equivalente ao período de novembro de 2016 a outubro de 2017, totalizando 651 atendimentos. O tamanho amostral foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$), prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% ($\text{Erro}=0,05$), o que totalizou a 242 participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos e realizar acompanhamento no ambulatório de geriatria durante o período da coleta. Os critérios de exclusão foram: idosos que apresentaram *déficit* cognitivo, avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental, em que valores menores que 24 são sugestivos de *déficit* cognitivo (LOURENÇO; VERAS, 2006).

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018, por meio de entrevistas com as pessoas idosas. Para tal, utilizou-se um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico, com base na Escala de Apoio Social (MOS-SSS) (GRIEP *et al.*, 2005) e na Escala de Avaliação da Capacidade para o Autocuidado (ASAS-R) (STACCIARINI; PACE, 2014).

A MOS-SSS foi adaptada ao contexto brasileiro em 2005 e avalia o quanto a pessoa conta com o apoio de outras para enfrentar diferentes situações em sua vida. É composta por 19 itens, distribuídos em cinco dimensões: apoio emocional, material, afetivo, informação e interação social. As respostas para cada item variam de 1 (nunca) a 5 (sempre) e os resultados finais oscilam de 19 a 95 pontos, em que quanto maior a pontuação, mais elevado é o apoio social. Desse modo, quanto maior o escore, maior o nível de apoio social (GRIEP *et al.*, 2005; ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018).

A ASAS-R avalia o nível de agenciamento de autocuidado quanto a sua operacionalidade e foi adaptada e validada para a população brasileira em 2014. Trata-se de uma escala do tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), em que quatro deles

(4, 11, 14 e 15) se referem a aspectos negativos, sendo necessário a pontuação ser invertida na análise dos dados. É composta por 15 itens, distribuídos em três fatores: Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado; Fator 2 – Desenvolvimento para a capacidade do autocuidado e Fator 3 – Falta de capacidade para o autocuidado. O escore final varia entre 15 e 75 pontos, quanto maior pontuação, maior capacidade de autocuidado operacionalizada (STACCIARINI; PACE, 2014).

Os dados coletados foram compilados e armazenados no programa Microsoft Office Excel e importados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, sendo analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Considerou-se como variável independente o apoio social e como variável dependente o autocuidado.

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. A confiabilidade dos fatores foi avaliada estimando-se a consistência interna por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach. O nível de significância utilizado para as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo seguiu Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital, parecer nº 2.050.200. Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a justificativa da pesquisa, sua finalidade, riscos e benefícios, procedimentos a serem realizados, garantia de sigilo e confidencialidade das informações prestadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 242 idosos participantes, observou-se uma elevada frequência do sexo feminino (63,6%), na faixa etária de 60 a 69 anos (47,9%), casadas (55,4%), com um a quatro anos incompletos de estudo (40,9%), aposentadas (78,0%) e que referiram apresentar renda familiar entre um e três salários mínimos (49,6%).

Na avaliação da escala de apoio social, identificou-se média geral de 79,01 ($\pm 18,38$), nos domínios, a maior média foi no emocional

(71,48±18,27) e a menor no domínio afetivo (68,97±15,56). A consistência interna da escala apresentou valores entre 0,82 e 0,89, os quais são considerados como aceitáveis (Tab. 1).

Tabela 1 – Distribuição dos dados referentes ao apoio social de pessoas idosas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018.

Apoio social	Média (DP*)	Mediana	Variância	Alfa de Cronbach
Emocional	71,48 (±18,27)	81,25	16,25 – 81,25	0,82
Informação	71,25 (±18,26)	81,25	16,25 – 81,25	0,87
Material	71,14 (±18,94)	81,25	16,25 – 81,25	0,88
Interação social	71,14 (±18,94)	81,25	16,25 – 81,25	0,84
Afetivo	68,97 (±15,56)	77,77	16,25 – 81,25	0,87
Total	79,01 (±18,38)	90,26	18,05 – 90,26	0,89

*Desvio Padrão.

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O apoio social é compreendido como um constructo multidimensional de relações interpessoais estabelecidas ao decorrer da vida, perceptíveis e de grande valia diante do enfrentamento de problemáticas (ARAGÃO *et al.*, 2018), envolvendo variáveis como bem-estar, suporte, afeição, informações e esclarecimentos, relações e percepções sociais, bem como que podem ser ofertados ao indivíduo (GRIEP *et al.*, 2005; MACEDO *et al.*, 2018).

Ademais, o apoio social pode ser considerado como recursos postos a disposição por outras pessoas em situações de necessidade. Sua avaliação, além de indicar o quão integrado socialmente é este indivíduo, também indica o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções e ofertam suporte a pessoa idosa em momentos de crise ou readaptação. Em outras palavras, rede social pode ser concebida como a estrutura social pela qual o apoio é fornecido (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018).

A rede social do idoso pode ser constituída por amigos, familiares, vizinhos e redes formais de ajuda, a exemplo de serviços de apoio, grupos, internet, entre outros. O resultado do estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) mostraram que as redes sociais são formadas, sobretudo, por familiares, em sua maior parte, representados

pelos cônjuges, o que por sua vez, esteve relacionado a um menor isolamento social (BRITO *et al.*, 2018).

No presente estudo, identidicou-se maior apoio social no domínio emocional, que se refere às relações de empatia, escuta, compreensão, bem como expressão de confiança e cuidado (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Ressalta-se que a maioria dos participantes desse estudo eram casados, o que pode explicar esse maior nível de apoio social observado. A literatura evidencia que um companheiro na velhice pode ser um fator fundamental para o apoio social, já que geralmente o casal trabalhar em conjunto para tomar decisões diárias e resolver problemas cotidianos (GOULART *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o parceiro íntimo é fonte de apoio social importante na velhice, por ser uma etapa do ciclo vital a qual comporta várias mudanças que afetam, paulatinamente, a funcionalidade da pessoa idosa. E, depois de longos anos dedicando-se ao trabalho e ao exercício da função parental, o foco se volta novamente à díade conjugal. Além disso, os recorrentes problemas de saúde podem limitar o acesso a outros sistemas de apoio social o que pode gerar uma rede de apoio constante dentro do próprio lar (GOULART *et al.*, 2019).

O domínio afetivo demonstrou menor média de apoio social, esse domínio envolve demonstrações físicas de amor e afeto; e de interação social positiva que são as atividades de lazer e recreação que envolvem diversão e relaxamento (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Este tipo de apoio pode vir através de amigos mais íntimos, que são mais raros, devido à redução da rede de amizades com o avançar da idade (MAIA *et al.*, 2016). Em alguns casos, a vinculação social de pessoas idosas é fragilizada devido à perda de vínculos afetivos com o passar do tempo o que culmina em um sentimento de exclusão, bem como conflitos (XAVIER *et al.*, 2015).

O domínio afetivo tem um papel protetor na saúde das pessoas idosas, pois atua prevenindo o aparecimento de doenças que corroborem com o processo de envelhecimento, como a depressão, isolamento e ideação suicida. Neste tocante, a avaliação do apoio social se faz necessário haja vista que indica o quão integrado é o indivíduo, bem como as suas relações interpessoais disponíveis para momentos cotidianos e de necessidades (GOMES *et al.*, 2020).

A média do escore da capacidade para o autocuidado foi de 56,32 ($\pm 5,95$). Entre os fatores avaliados pela ASAS-R, o Fator 1 (Ter capacidade para o autocuidado) apresentou uma média de 23,44 ($\pm 2,47$), o Fator 2 (Desenvolvimento para a capacidade de autocuidado), média de 19,06 ($\pm 2,59$) e o Fator 3 (Falta de capacidade para o autocuidado), média de 13,82 ($\pm 2,64$). A consistência interna ASAS-R obteve valores entre 0,81 e 0,86, sendo considerados como aceitáveis (Tab. 2).

Tabela 2 – Distribuição dos dados referentes à capacidade para o autocuidado entre pessoas idosas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018.

Capacidade para o autocuidado	Média (DP*)	Mediana	Variância	Alfa de Cronbach
Fator 1 - Ter capacidade para o autocuidado	23,44 ($\pm 2,47$)	24,00	13–29	0,83
Fator 2 - Desenvolvimento para a capacidade de autocuidado	19,06 ($\pm 2,59$)	19,00	11–25	0,81
Fator 3 - Falta de capacidade para o autocuidado	13,82 ($\pm 2,64$)	14,00	8–20	0,86
Total	56,32 ($\pm 5,95$)	56,00	34–70	0,84

*Desvio Padrão.

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

O autocuidado tem sido o foco de pesquisas em diferentes áreas da saúde, por ser o cuidado o conceito central para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, bem como, àquelas voltadas para prevenção e/ou complicações de doenças. É vinculado à saúde humana, e esse fato confere a ele uma dimensão ética. Sendo assim, a estratégia do autocuidado fundamenta-se na concepção do homem como um ser capaz de refletir sobre si mesmo e seus ambientes, simbolizar aquilo que experimenta, desenvolver e manter a motivação essencial para cuidar de si mesmo (ALMEIDA; BASTOS, 2017).

No tocante a avaliação por meio da escala ASAS-R, esta demonstrou que a maioria dos idosos são capazes de exercer o autocuidado, sendo evidenciada maior média para o Fator 1 (Ter capacidade para o autocuidado) e menor média para o Fator 3 (Falta de capacidade para o autocuidado). Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas com pacientes renais que realizam hemodiálise, utilizando a referida escala (BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017a; BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017b).

Avaliar a capacidade de autocuidado dos idosos é bastante útil para o desenvolvimento de medidas direcionadas às necessidades de cada indivíduo (GUO *et al.*, 2017). Vale ressaltar a importância de promover ações e procurar agenciar atividades que aumentem a capacidade do autocuidado objetivando conduzir habilidades da auto-gestão em algumas doenças específicas, como: tomar medicamentos corretamente, aderir aos tratamentos, adotar hábitos saudáveis, entre outros (BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017b).

Na correlação entre o apoio social e a capacidade para o autocuidado foi observado correlação positiva e com significância estatística ($p \leq 0,05$) (Tab. 3).

Tabela 3 – Correlação entre o apoio social e a capacidade para o autocuidado entre pessoas idosas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018.

Apoio social	Capacidade para o autocuidado	
	r	p
Emocional	0,224	< 0,001
Informação	0,215	0,001
Material	0,125	0,050
Interação social	0,125	0,050
Afetivo	0,159	0,014
Total	0,225	< 0,001

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Na presente pesquisa, foi identificado que quanto maior o apoio social referido, maior a capacidade de autocuidado. O apoio social gera na pessoa idosa uma eficácia quanto ao autocuidado, em especial, diante da vulnerabilidade decorrente do aumento de adoecimento (RÖDER; VIVIAN, 2021). Em outros estudos, o apoio social foi relacionado a maiores escores de gerenciamento do autocuidado, de modo as pessoas idosas que receberam maior assistência para atividades específicas obtiveram maior adesão na manutenção do autocuidado (FIVECOAT; SAYERS; RIEGEL; 2018). Acrescenta-se que receber apoio geralmente confere uma maior satisfação ao indivíduo, levando a sentimentos de bem-estar, contribuindo positivamente com a saúde (BRITO *et al.*, 2018).

Um estudo do tipo meta-análise trouxe achados que indicam que o apoio social está significativamente correlacionado com o autocuidado em pessoas idosas com diabetes mellitus (SONG *et al.*, 2017). A família foi evidenciada como a principal fonte de apoio, se comparada a outras fontes, sendo assim a relação entre os membros dessa rede foi considerada mais forte, favorecendo a capacidade para o autocuidado (SONG *et al.*, 2017). No estudo de Cecílio e colaboradores (2016), os familiares foram citados pelos usuários como os maiores apoiadores, sobretudo no que diz respeito ao plano alimentar, a cooperação nas atividades físicas e incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis, além de lembrá-los sobre os horários da medicação.

Quanto aos profissionais de saúde, uma relação interpessoal efetiva representa uma ferramenta de extrema importância no cuidado de enfermagem, emergindo como uma potencial estratégia para a realização das atividades de autocuidado da pessoa idosa. E nessa linha, é essencial que o enfermeiro possa desenvolver habilidades que sirvam como facilitadoras no processo de relacionamento interpessoal e na formulação dos vínculos com o paciente e a equipe de saúde, o que pode fortalecer a rede de apoio social e a capacidade para o autocuidado dessa população (FERREIRA *et al.*, 2020).

Assim, o apoio social tem sido visto como uma estratégia de suporte para pacientes com doenças crônicas, sendo de grande importância conhecer os tipos de apoio percebidos pelos indivíduos e de que forma estes se relacionam com as atividades de autocuidado (ALARCÓN-MORA *et al.*, 2017), o que torna possível a construção de um plano de cuidados com estratégias direcionadas a fortalecer o apoio e impactar positivamente o autocuidado.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciou que há uma correlação entre apoio social e capacidade para o autocuidado, indicando que quanto maior o apoio social recebido pela pessoa idosa, maior poderá ser a sua capacidade para o autocuidado. Isso indica a importância das redes fornecedoras de apoio social para essa população, bem como a qualidade desse suporte, que pode vir a favorecer uma construção

de plano de cuidados em saúde direcionado as necessidades de cada pessoa idosa.

Estes achados são úteis, pois trazem contribuições para o profissional de enfermagem que poderá ter um papel fundamental na construção de estratégias para agir no fortalecimento da rede de apoio social da pessoa idosa, e assim favorecer o cumprimento das atividades de autocuidado desses clientes.

A limitação do estudo está relacionada ao desenho transversal, impossibilitando a apresentação de relações de causa e efeito, sendo sugeridos estudos com outros desenhos, nessa temática, mas na perspectiva, que avaliem pessoas idosas residentes em diferentes localidades brasileiras, com realidades socioeconômicas e culturais distintas, visando contribuir com assistência em saúde dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

ALARCÓN-MORA, Cynthia *et al.* Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. **Liberabit**. v. 23, n. 1, p. 111-121. 2017. Disponible en: 10.24265/liberabit.2017.v23n1.08. Acesso em: 14 abr. 2022.

ALMEIDA, L. BASTOS, P. R. H. O. Autocuidado do Idoso: revisão sistemática da literatura. **Rev. espacios**, v. 38, n. 28, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p03.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

AGUIAR, B. M. *et al.* Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly **Rev. bras. geriatr. gerontol. (Online)**, v. 22, n. 2, e180163, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Bj3bzY6gLWwdzGzdbvhmd6K/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 15 abr. 2022.

ARAGÃO, E. I. S. *et al.* Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.23, n.7, p. 2339-2350. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.21012016. Acesso em: 15 abr. 2022.

BETTONI, L. C.; OTTAVIANI, A. C.; ORLANDI, F. S. Associação entre o autocuidado e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 19, n. 14. 2017a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.27442>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BETTONI, L. C.; OTTAVIANI, A. C.; ORLANDI, F. S. Relação entre autocuidado e sintomas depressivos e ansiosos de indivíduos em tratamento hemodialítico. **Rev. Rene**. n. 2. 2017b. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/19242>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRITO, T. R. P. *et al.* Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev. bras. epidemiol.** v. 21, supl. 2, e180003. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2018000300400&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 Ago 2019.

CECÍLIO, S. G. *et al.* Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado. **Rev Rene**. v. 17, n. 1, p. 44-51. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2604>. Acesso em: 15 maio 2022.

FIVECOAT, H. C.; SAYERS, S. L.; RIEGEL, B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. **Eur. j. cardiovasc. nurs.**, v. 17, n. 7, p. 598-604, 2018. DOI 10.1007/s12529-016-9579-2. Acesso em: 20 maio 2022.

FERREIRA, G. R. S. *et al.* Autocuidado de pessoas idosas com diabetes mellitus e a relação interpessoal enfermeiro-paciente. **Rev. bras. enferm. (Online)**, v.75, n. 1, e20201257, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B948JhJGDts6QVFHrqZsdfh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.

GOMES, C. M. S. *et al.* Funcionalidade e qualidade de vida de pessoas com esclerose lateral amiotrófica e percepção da sobrecarga e apoio social de cuidadores informais. **Acta fisiátrica**. v. 27, n. 3, p. 167-173. 2020. DOI:10.11606/issn.2317-0190.v27i3a172216. Acesso em: 29 abr. 2022.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n3/04.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis (Rio J.)**, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>. Acesso em: 19 abr. 2022.

GOULART, S. A. *et al.* Fatores relacionados aos casamentos de longa duração. **Psico**, v. 50, n. 2, e30370, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008335>. Acesso em: 20 maio 2022.

GUO, Lina *et al.* Testing and comparing two self-care-related instruments among older Chinese adults. **PLoS ONE**, v. 12, n. 8, e0182792, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182792>. Access in: 15 abr. 2022.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. **Rev. saúde pública (Online)**, v. 40, n. 4, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>. Acesso em: 15 maio 2022.

MAIA, C. M. L. *et al.* Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. International Journal of Developmental and Educational Psychology – **Rev. INFAD Psicología**, v. 1, n. 1, p.293-304, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>. Acesso em: 14 abr. 2022.

MACEDO, J. P. *et al.* A Produção Científica Brasileira sobre Apoio Social: Tendências e Invisibilidades. **Revista interinstitucional de psicologia**, v. 11, n. 2, p. 258-278, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110206>. Acesso em: 21 abr. 2022.

OROZCO, L. B.; ALVES, S. H. S. Diferenças do autocuidado entre pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e 2. **Psicol. saúde doenças.**, v.18, n.1, p.234-247, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100019. Acesso em: 03 maio 2022.

RÖDER, V. S.; VIVIAN, A. G. A percepção de portadores de insuficiência cardíaca sobre seu suporte social. **Estud. Interdiscip. Psicol.**, v. 12, n. 2, p. 190-205, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1358125>. Acesso em: 10 maio 2022.

SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Arq. ciênc. saúde.** v. 24, n. 4, p: 30-36, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046751>. Acesso em: 10 maio 2022.

SILVA, J. V.; REIS, R. D. Capacidade de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas. **Enferm Bras**, v. 19, n.5, p:381-93, 2020. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3968/pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**. v. 32, n. 6, p. 705-14. 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035047>. Acesso em: 16 maio 2022.

STACCIARINI, T. S. G.; PACE, A. E. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, v. 27, n. 3, p. 221-229. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0221.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

SONG, Y. *et al.* The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes: What Is the Effect of Diabetes Type? Systematic Review and Meta-analysis. **The Diabetes EDUCATOR**. v. 43, n. 4. 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28578632>. Access in: 12 abr. 2022.

SUPLICI, S. E. R. *et al.* Adherence to self-care in people with Diabetes Mellitus in Primary Care: a mixed-methods study. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 25, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jF5QntVTdRBWTNcVfJ7hpGH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 07 abr. 2022.

TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, N. G. N.; FERREIRA, P. C. S. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. **Cienc. enferm. (En línea)**, v. 26, n. 9, 2020. DOI: 10.29393/CE26-2ASDM30002. Acesso em: 18 abr. 2022.

XAVIER, L. N. *et al.* Grupo de convivência de idosos: apoio psicossocial na promoção da saúde. **Rev Rene**. v. 16, n. 4, p. 557-66. 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2748>. Acesso em: 19 abr. 2022.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Temas psicol. (Online)**, v. 26, n. 1, p. 387-399, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 maio 2022.

AVÓS E NETOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A RELAÇÃO INTERGERACIONAL QUE SE AMPLIA NA LONGEVIDADE

RODRIGO DE OLIVEIRA AURELIANO

Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco,
Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco,
Especialista em Gerontologia – PE. rodrigoaureliano@hotmail.com

CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

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

CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA

Dr.^a em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco – PE. cirlene.silva@unicap.br

RESUMO

Ao analisarmos o crescimento da população em função da longevidade, percebemos uma maior presença de idosos nas relações que se estabelecem nas famílias, sobretudo nas que ocorrem entre avós e netos. Sendo assim, discutir questões sobre as possibilidades de aprendizagem e novos conhecimentos que se refletem no comportamento, apoio e relações com as pessoas idosas torna-se um tema de importância emergente na atualidade. Dito isto, esta revisão narrativa de literatura teve como objetivo geral mostrar como a relação entre avós e netos acontece na contemporaneidade em uma perspectiva sistêmica. Especificamente almejou saber quais práticas são vistas como mais corriqueiras entre avós e netos e como esta relação acontece; analisar as influências que esta relação pode acarretar na vida destas pessoas e no aprendizado entre gerações. Espera-se com esta revisão provocar um olhar sobre o relacionamento entre distintas gerações, bem como esclarecer elementos que perpassam a avosidade neste subsistema familiar.

Palavras-chave: Avós, Netos, Intergeracionalidade, Avosidade, Teoria Sistêmica.

INTRODUÇÃO

A longevidade da população mundial acarreta a necessidade de incentivar modelos de convivência relacionais entre as gerações de idosos e jovens. São considerados idosos, com base nos parâmetros etários pré-estabelecidos no Brasil, as pessoas com mais de 60 anos (BRASIL, 2003). Diferentes configurações sociais nos remetem a pensar sobre as relações que são produzidas como convívio intergeracional, além da transgeracionalidade e da prática das avosidades. Este artigo pretende discutir questões sobre as possibilidades de aprendizagem e novos conhecimentos que se refletem no comportamento, apoio e relações entre as pessoas idosas e jovens.

Para embasar este texto, buscamos esclarecer o conceito de avosidade em Dias (2022a) que a define como a compreensão do papel dos avós, assim como os laços familiares existentes entre avós e netos. Trata-se de uma relação na qual diferentes gerações convivem simultaneamente dentro das famílias, que tem produzido, de forma cada vez mais duradouras, as relações intergeracionais. Aqui trataremos, essencialmente, daquelas em que avós e netos têm a oportunidade de conviver, produzir e compartilhar experiências. Trazemos outra definição: "A avosidade é definida como laço de parentesco entre avós e netos, estando os últimos no período da infância ou nas demais fases do ciclo vital" (OLIVEIRA; VIANNA; CÁRDENAS, 2010, p. 463).

Ao propor olhar para a relação familiar intergeracional e compreender suas nuances, percebemos o papel dos avós além daquele estereotipado na sociedade, em tempos remotos, em que o avô de cabelos brancos era representado com uma bengala, sentado em uma cadeira de balanço, enquanto a avó se ocupava dos cuidados com os netos, fazendo mimos para eles. O que se observa na relação contemporânea entre avós e netos é a produção de uma visão de mundo sistêmica que, em Vasconcellos (2003), é proposta como a mudança da relação do pressuposto da simplicidade para o pressuposto da complexidade. A referida autora acredita que a relação de trocas é complexa no sentido de múltiplas afetações: os netos aprendem com os avós e estes também aprendem com os netos, ocorrendo um constante movimento de transformação em ambos. Schuler e Dias (2019) pontuam que esse relacionamento de complementaridade

pode acontecer por meio dos conselhos, orientação, orações, da parte dos avós, e ensino das tecnologias e outras novidades, da parte dos netos. Essas aprendizagens ocorrem, na maioria das vezes, num clima de afeto e satisfação e se expressam sob diferentes maneiras. Ainda sobre o referido padrão imaginário da avosidade, temos:

Os avós representavam a autoridade e eram vistos com muito respeito e até mesmo temor. [...] As avós, por sua vez, eram representadas com coque na cabeça e avental por cima do vestido longo, a contar histórias ou fazer guloseimas para os netos (DIAS, 2022a, p. 26).

De fato, os avós, cada vez mais longevos, apresentam cabelos brancos. Entretanto, percebe-se que mudanças são identificadas na relação entre avós e netos, isto é, tal relação vem sendo conduzida de forma distinta da que existia em um antigo imaginário coletivo. Buscando um sentido de maior aproximação, os avós e netos se relacionam além dos cuidados, produzindo um modelo de funcionamento sistêmico em que os vínculos tendem a crescer e se tornar mais sólidos.

No sentido de perceber uma avosidade bem-sucedida nos aspectos dos afetos e transmissão de legado entre gerações, promovendo uma relação familiar sistêmica, isto nos suscitou a curiosidade em investigar o tema proposto e entender que fatores promovem e motivam este funcionamento tendo em vista os pressupostos da Teoria Sistêmica. Entre eles elencamos: a globalidade ou totalidade: quando cada alteração em um de seus elementos reflete no todo; a interdependência: as características que se produzem entre as partes transcendem as individuais dos membros; a retroalimentação: inputs e outputs, que autorregulam o sistema em busca de uma meta desejada; a homeostase: o equilíbrio e regulação do sistema, no sentido de evitar a sua disfuncionalidade; a hierarquia: o comando no sentido de manter os diferentes subsistemas em organização; o intercâmbio com o meio: elementos sociais afetam o sistema e o sistema afeta o meio; a adaptabilidade: o sistema se adapta aos diferentes contextos inclusive na família; a equifinalidade: presente nos múltiplos sistemas propõe o alcance do resultado independente das diferentes condições iniciais (BERTALANFFY, 1975).

Ao perceber o subsistema avós e netos com base nas propriedades do sistema e nos pressupostos de Bertalanffy (1975), considera-se

que o sistema extrapola a soma das partes, produzindo características próprias de funcionamento. O autor se refere sobre a relação entre as partes do sistema no atributo da totalidade e diz que a alteração de uma das partes do sistema reflete no funcionamento do todo.

Em síntese, independentemente do ciclo vital, o relacionamento entre avós e netos é importante para ambas as gerações. Elas usufruem da convivência, do aprendizado e dos afetos que são, na sua maioria, benéficos para a sua qualidade de vida (DIAS, 2022a, p.104).

Com o objetivo de investigar o relacionamento entre avós e netos, buscamos uma metáfora que fosse ao mesmo tempo forte, robusta e sensível, tal como acontece no reino animal com os elefantes: "Protegem e ajudam os outros de sua espécie quando há necessidade" (STEFANELLI; PINHEIRO-JUNIOR; MONTANHA, 2012). Ainda com a licença poética do tema, no subsistema onde os cabelos das pessoas mais velhas são brancos e a musculatura das jovens é forte, o que se produz é uma relação nobre, tal como o marfim, diga-se "avório"¹. A seguir, enfocaremos o método e a relação que acontece no dito subsistema.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que buscou evidenciar a relação intergeracional e a avosidade que ocorre durante o curso de vida dos avós e netos. Conforme as autoras Koller, Sabadini e Sampaio (2009), sobre os critérios de escolha deste tipo de produção, o presente modelo não esgota as fontes de informações sobre o tema, e não pretende exaurir o assunto proposto. Com este entendimento, foi elaborada uma busca nas diferentes bases de dados como a SciELO – Scientific Library Eletronic, PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as palavras-chave: avós; netos; relação entre gerações; família. Selecionamos

1 AVÓRIO. Tradução livre: Marfim. Forma diferenciada da dentina que constitui as presas de elefantes e de mamutes e mastodontes. Material escultórico ou esculpido desde os tempos pré-históricos, em épocas mais avançadas utilizado em conjunto com o ouro na fabricação de acessórios nobres.

os artigos, dos últimos vinte anos, que contemplassem as várias possibilidades sobre a temática da intergeracionalidade e avosidade, além de uma consulta à literatura clássica relevante sobre o tema.

PRÁTICAS CORRIQUEIRAS NA RELAÇÃO ENTRE AVÓS E NETOS

O relacionamento entre avós e netos na família tem sido estudado por vários autores, com diferentes focos de análise e pesquisa. Ao observarmos o relacionamento pela perspectiva sistêmica, percebemos que as conexões deste subsistema são produzidas por inúmeros atravessamentos como as afinidades, a linhagem e os estilos de avosidade (AZAMBUJA; RABINOVICH, 2017). As trocas geracionais familiares tendem a aumentar em um cenário no qual há uma maior duração de relacionamentos entre gerações, e a convivência entre estas proporciona condições para emergir complexas relações entre os membros da família. Dessa forma, além do papel coeducativo comumente observado, os avós se relacionam com os netos através da companhia, exemplo moral, ajuda financeira, transmissão de valores religiosos, conselhos, orientações amorosas, além de suporte em relação às perdas e luto, como é o caso de separações e recasamentos dos pais. (DIAS, 2022b).

Schuler e Dias (2019) referem que o relacionamento intergeracional no sistema familiar pode ser benéfico para os membros da família, dando sentido à vida dos seus entes, bem como a possibilidade de transmitir sua experiência e valores às diferentes gerações. Sobre o termo "intergeracional", Dias (2015) menciona que em sua decomposição tem o seguinte significado: "inter" exprime a ideia de "entre, dentro de, no meio de", e "geracional" indica as relações entre as diversas gerações. Os valores, comportamentos, padrões e práticas transgeracionais, na maioria das vezes, promovem uma continuidade no modo de ser da família e como forma de manter-se funcional. Falcão (2020) evidencia esta relação intergeracional como elemento de promoção da manutenção dos valores morais e éticos que embasam o processo de socialização dos indivíduos.

Para os netos, relacionar-se com os avós é uma forma de produzirem conhecimentos em diferentes perspectivas sobre a cultura,

o ambiente social e vice-versa. "Independente do papel positivo ou negativo exercido pelos avós, sua presença é fundamental na vida de seus netos" (DIAS; AGUIAR; HORA, 2010, p. 42). Ainda em relação aos mais velhos, Dias (2008) salienta que a relação, quando ocorre entre gerações distintas, promove aos mais velhos a possibilidade de reflexão sobre experiências passadas e reelaboração de uma diferente coexistência futura com eventos similares, seja no aprendizado, na constituição da subjetividade ou mesmo na compreensão de sentimentos presentes.

Não se pode negar que a longevidade produz uma maior permanência dos idosos nos papéis de avós dentro das famílias, alongando a convivência entre seus membros. Dias e Silva (1999) relatam que as relações familiares na atualidade são mais complexas e que esta complexidade se reflete nas conexões entre os membros das famílias e nas trocas de experiências que ocorrem entre diferentes gerações. Esta maior permanência na avosidade produz mudanças no sistema familiar, entre estas na comunicação intergeracional que acontece entre avós e netos.

O acesso dos netos aos avós, no período da infância, é controlado pelos pais, principalmente para aqueles que não moram próximos. Nesse período, o relacionamento entre avós e netos pode ser marcado pelo prazer e brincadeiras que ocorrem, sendo que, à medida que os netos crescem, outros significados poderão adquirir relevância (OLIVEIRA; VIANNA; CÁRDENAS, 2010, p. 463).

A relação intergeracional entre avós e netos tende a se desenvolver em equilíbrio, porém conflitos de comunicação são observados com o crescimento dos netos, geralmente em função do surgimento de novos interesses e novas interações sociais. "Duas pessoas com paradigmas diferentes, olhando para um mesmo objeto, veem coisas diferentes" (VASCONCELLOS, 2012, p. 39). Em contrapartida ao surgimento de novos interesses pelos netos, temos o estereótipo do velho do passado cedendo lugar a um novo olhar da sociedade em relação à pessoa idosa. Neste contexto, o idoso é visualizado como ativo, integrado na contemporaneidade, consciente de suas questões biológicas, interagindo com a tecnologia emergente, posicionando-se em relação às questões familiares, sociais e políticas, mantendo seus laços afetivos ou criando outros quando necessário.

Torres (2022) enfatiza que a relação entre gerações, mesmo quando mediada por ferramentas de tecnologia, produz sentimentos de pertencimento, alegria, interesses mútuos e no geral encurtam não só simbolicamente as distâncias, mas de fato aproximam as gerações.

INFLUÊNCIAS E APRENDIZADOS ENTRE GERAÇÕES

Dias (2008) assinala que as famílias, principalmente as mais jovens, percebem os avós como proporcionadores de divertimento e, quando vivem mais próximos fisicamente, apoio e suporte nos cuidados.

Os avós na contemporaneidade, muito mais por vontade que só por necessidade, realizam tarefas com os netos, como na educação, no lazer, nas práticas esportivas e, inclusive, nos cuidados. Ao observarmos os relacionamentos intergeracionais, podemos perceber que com o crescimento do papel dos avós nas famílias, principalmente na comunicação e cuidado com os netos, promove-se uma melhor intergeracionalidade (SCREMIN *et al.*, 2020).

Além da relação intergeracional, também percebemos a transgeracionalidade muito presente nas relações entre gerações por meio da transmissão do aprendizado, do compartilhamento de experiências vividas, da perpetuação de rituais familiares, dos cuidados, da frequência da interação entre avós e netos e da reflexão sobre o sentido desta relação (DIAS, 2008). Segundo Aureliano, Sobral e Dias (2022, pp 112-113): "A transgeracionalidade sempre existiu e sempre foi necessária para o desenvolvimento humano". A troca geracional de forma transgeracional coloca os avós e netos num lugar de transmissão dos conhecimentos; esta troca de saberes diminui as fronteiras entre as gerações e constrói elos entre elas (DIAS; COSTA; RANGEL, 2005).

Azambuja (2021) profere que na relação intergeracional, tanto os mais velhos quanto os mais novos aprendem e ensinam, além de colaborar com o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social mútuo. O diálogo intergeracional é uma forma dos avós e netos refletirem sobre suas vidas tanto na análise das experiências vividas quanto no planejamento do futuro. Dias *et al.* (2021) discorrem sobre diferentes atividades realizadas entre avós e netos, tais como brincar, levar à escola, passear, cuidados físicos, viajar, participar de eventos comemorativos, entre outros.

A comunicação entre avós e netos de forma diária, torna a convivência intergeracional mais próxima. Ao demonstrarem interesse nos avós, os netos estreitam os laços de confiança e cuidados, além de promoverem o resgate de vínculos familiares que possam ter sido rompidos no passado (TORRES, 2022).

O consenso é que avós e netos não possuem as regras dos compromissos contemporâneos, ou seja, eles não precisam ter hora para estudar, comer, ir ao médico entre outras atividades. O tempo entre avós e netos é um tempo livre, criativo e produtivo no que diz respeito à transmissão cultural. As trocas entre eles são mútuas. Os netos exercem fundamental importância na vida dos avós e o contato entre avós e netos pode ser essencial. Em geral os avós ficam satisfeitos com a relação de proximidade com seus netos (OLIVEIRA; VIANNA; CÁRDENAS, 2010).

Dias e Silva (1999) pontuam que os netos se sentem mais próximos dos avós com quem possuem uma maior interação e que fatores como distância geográfica e envolvimento com outras atividades podem comprometer a qualidade da relação. Outro elemento percebido pelas autoras é a vinculação paterna e materna, em que as avós maternas se destacam como preferidas. Ainda relatam que os avós percebem a relação com os netos, em sua maioria, como uma oportunidade de reviverem suas experiências passadas, inclusive com relação aos demais subsistemas familiares.

Diferentes elementos podem influenciar o modelo da relação que se dá entre avós e netos. Azambuja e Rabinovich (2017) mencionam que as relações entre avós e netos são influenciadas pelas afinidades e pelos estilos de avosidade. O funcionamento das famílias também influencia esta relação. Azambuja (2021, p. 78) salienta "a importância do contato intergeracional que surge como um processo interativo e coeducativo no qual ambos têm a oportunidade de aprender e ensinar juntos". As trocas de experiências entre os avós e os netos, bem como o movimento de manutenção da cultura familiar busca satisfazer o funcionamento e a continuidade das relações.

Dias (2008) refere que, com os avós, a criança aprende sobre o processo de evolução do ser humano e que, mesmo ocorrendo tensões na relação, ela aprende a conviver com as contradições e diferenças de pensamentos, ideias e juízos de valores. A autora citada enfatiza que

os avós exercem influência na forma como os netos percebem a transmissão de saberes, dignidade e de respeito, servindo de inspiração e de modelos de pessoas que dão afeto e carinho, além de perpetuar os fundamentos da família. "Os avós são necessários para o desenvolvimento equilibrado dos netos (...) os netos tendem a ver os avós como figuras adultas especiais" (AZAMBUJA, 2021, p. 28).

Dias (2008) ressalta que a vinculação materna é diferente da paterna na medida em que várias pesquisas apresentam os avós maternos como os preferidos pelos netos. Contudo, diversos atravessamentos vão interferir no equilíbrio da relação avós e netos, entre tantos estão as questões relacionadas à qualidade de vida e saúde, as quais são determinantes na manutenção deste subsistema/díade.

Pedrao (2018) diz que nos idosos os déficits sensoriais ocorrem gradualmente e que tais comprometimentos podem restringir as atividades da pessoa idosa devido à redução da funcionalidade e independência. No mesmo sentido, com o comprometimento da cognição percebe-se uma defasagem na capacidade do uso e manejo das tecnologias emergentes que são utilizadas pelos netos com frequência. Outros atravessamentos dizem respeito à idade (tanto dos avós quanto dos netos), *status* socioeconômico, tipo de organização familiar e distância geográfica, entre outros (DIAS *et al.*, 2021). E ainda no que se refere ao aprendizado e trocas geracionais, promovendo a transgeracionalidade, encontramos nas autoras supracitadas que a referência de uma boa relação dos pais com os avós favorece a aproximação entre avós e netos, especialmente se esta relação for cultivada nos estágios iniciais da vida.

Ferreira e Barham (2018) expressam que os idosos que possuem um engajamento no uso de redes sociais, seja para comunicação com amigos ou com familiares, têm mais satisfação e menos tendência aos sintomas depressivos. Assim, o apoio na utilização, no entendimento e no conhecimento das tecnologias passa a ser elemento fundamental na contribuição da qualidade de vida dos avós e na melhoria da sua capacidade funcional. Ao solicitarem apoio dos netos no uso da tecnologia, cria-se uma interação que promove as possibilidades de trocas entre gerações e a manutenção dos vínculos familiares. Os netos mostram aos avós a modernidade e um modo de ser na contemporaneidade, além de promoverem suas condições de saúde. A

frequência do contato com os netos representa um fator importante para os avós aumentarem os efeitos positivos da relação intergeracional (AZAMBUJA, 2021).

Alguns idosos avós se engajam em uma interação com os múltiplos elementos da contemporaneidade, inclusive, com as ferramentas de comunicação e tecnologia que os aproximam das gerações seguintes não só fisicamente, mas principalmente com o compartilhamento de interesses que funcionam como fator gerador do relacionamento intergeracional e dos afetos. Quando avós e netos trocam informações, conhecimentos e experiências, promove-se a troca geracional e esta torna-se elemento fundamental para a integração das diferentes gerações no seu tempo presente, no entendimento do passado e na perspectiva futura.

Como, em geral, as crianças têm maior domínio das novas tecnologias do que seus avós, isto revela que há uma interação de mutualidade e reciprocidade em torno do computador e dos jogos eletrônicos, por meio dos quais essas duas gerações se ajudam, brincam e interagem e estabelecem modos alternativos de domínio e poder (AZAMBUJA, 2021, p.181).

Neri *et al.* (2016, p.1460) apontam que as relações sociais entre os sujeitos podem promover um bem-estar subjetivo, isso porque de forma positiva existe a possibilidade de estimular o sentimento de felicidade. De forma contrária, percebe-se sentimento de frustração ou baixo bem-estar subjetivo em algumas relações. Contudo, sejam as relações positivas ou negativas, é produzida uma interpretação da vida e do entendimento das experiências vividas por todos os envolvidos.

AVÓS NA CONTEMPORANEIDADE

Diferentes realidades contemporâneas contribuíram com um novo olhar sobre a figura dos avós, pois no momento atual muitos deles estudam, frequentam academias, permanecem ativos no mercado de trabalho, assumem novos relacionamentos e moldam uma nova imagem do envelhecimento, que também funciona como um fator de aproximação intergeracional. Observamos que os netos se sentem mais próximos dos avós quando percebem que estes praticam uma

rotina que se assemelha às de um jovem adulto. Segundo Cardoso (2011, p. 233), “[...] a relação entre avós e netos deve diferir da relação de pais e filhos”.

Tal como exposto em relação à mudança no papel e imagem dos avós, também o relacionamento familiar teve seu funcionamento e suas características modificados diante do que se observava no passado. Dias (2008) profere que, no caso de avós mais jovens, o papel destes no relacionamento familiar, além de proporcionar divertimento aos netos, quando há a proximidade física, também acontece com o suporte nos cuidados e nas funções de “babás”, de forma temporária ou regular. Com netos mais velhos, Dias *et al.* (2021) salientam que o apoio emocional dos avós na vida adulta dos seus netos consiste em aconselhamentos, confidências e eventual apoio financeiro.

Os avós na contemporaneidade evidenciam um estereótipo diferente em relação ao que se propagava em décadas anteriores, e estas diferenças também figuram no relacionamento com os netos. Huo *et al.* (2018) referem que variáveis como idade, estado de saúde, *status* socioeconômico, tamanho da família e distância geográfica são elementos que podem atravessar o relacionamento avós e netos. Os avós representam diferentes papéis nos diversos modelos de famílias. Entre eles destacamos os de “avós cuidadores”, “avós guardiões”, “avós com custódia” ou mesmo “avós em tempo integral” (COELHO; DIAS, 2016), que são aqueles que se responsabilizam pela criação dos netos, de forma parcial ou total.

No geral, os mais velhos estão dispostos a relatar experiências vividas enquanto os mais novos estão abertos a escutar e, ao mesmo tempo, ensinar aos mais velhos o uso das diversas ferramentas contemporâneas para a comunicação, entretenimento, aprendizado e produção de cultura. Este novo modelo de relação cria laços e papéis dentro das famílias. A manutenção e continuidade das relações que acontecem na família, na busca de um funcionamento harmônico, apresentam-se em Bertalanffy (1975) como a propriedade de equilíbrio ou homeostase do sistema. O aprendizado e a troca geracional funcionam como elementos importantes para que as famílias permaneçam unidas e produzam uma cultura própria que dialoga com a atualidade. “As trocas intergeracionais são benéficas para os idosos, sendo necessário que eles também possam contribuir na relação, atingindo o sentido da reciprocidade” (DIAS, 2015, p. 93).

A revisão de literatura proposta evidenciou a percepção de diferentes intersubjetividades no curso do envelhecimento, principalmente no que se refere ao papel dos avós na família. Observou-se que, com o passar dos anos e a diminuição do ciclo de amizades dos avós, os netos vão assumindo um protagonismo na promoção da atualização, ressignificação, renovação do interesse pela vida e pela descoberta do novo pelos avós. Ocorre o que se denomina como inversão na hierarquia, que consiste no fato de que os filhos e os netos assumem a liderança da família e o cuidado com os avós (MEDEIROS, 2019).

No ciclo da vida, observamos em distintos momentos, diferentes fases de aquisição e perdas, que atuam no sistema produzindo instabilidade, irreversibilidade, evolução. Esses atravessamentos, quando associados aos processos de auto-organização, exigem do sujeito uma ampliação do foco do pensamento simplista, requerendo um pensamento complexo, integrador, que afaste a disjunção das gerações e promova a aproximação (VASCONCELLOS, 2003). No relacionamento intergeracional, observamos que uma das partes pode interferir no funcionamento do curso de vida da outra parte, conforme a intensidade das trocas.

Nesse sentido, entende-se que as relações intergeracionais promovem a compreensão das experiências da família e possibilitam a solução de possíveis conflitos que acontecem nestas interações. Azambuja (2021) frisa que para os avós a convivência com os netos gera a possibilidade de visitar o passado e, dessa forma, rever e refletir sobre o papel que desempenharam como pais.

Dias (2008) refere como fundamental o papel dos avós na construção de identidade, avaliação da memória social e na reelaboração de papéis. A retroalimentação deste sistema, no olhar dos pais, encerra um relacionamento futuro saudável e afetuoso entre gerações. Dias *et al.* (2021) salientam que os sentimentos experienciados pelos avós na relação com os netos, em geral, produzem felicidade, rejuvenescimento e sensação de imortalidade.

Existe uma vasta literatura que versa sobre a relação avós e netos e as consequências deste relacionamento, na promoção do equilíbrio das relações familiares, bem como da saúde física e mental dos membros da família, restaurando e mantendo a harmonia nos vínculos entre eles. A temática na atualidade, em função da longevidade

populacional, tem se mantido presente e repercutido em diferentes áreas do conhecimento, na perspectiva de enaltecer a relação e destacar sua importância. O artigo ora proposto sobre avosidade e intergeracionalidade busca esclarecer um pouco sobre o vasto universo desse subsistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bom funcionamento do subsistema avós e netos tem se mostrado notadamente importante como elemento coadjuvante na promoção da qualidade dos vínculos familiares e a consequente integração dos sujeitos na avosidade. Com a perspectiva sistêmica, que embasou a análise dos artigos utilizados nesta revisão, percebemos que a relação entre eles é fundamental para a manutenção do legado familiar, assim como os saberes culturais, vínculos e qualidade de vida.

Avós e netos realizam diversas atividades como os encontros por iniciativas multilaterais, o compartilhamento de experiências, vivências, saberes, cultura e, nesse sentido, promovem a interação familiar e trocas, proporcionando assim, a manutenção do vínculo entre gerações.

As mudanças ocorridas no papel dos avós, ao longo do tempo, se refletiram no relacionamento com os netos. Tem-se que ocorreram mais instantes de interação e proximidade, assim como certa independência e maturidade, percebidos com o passar do tempo e com a aproximação dos avós nas rotinas que se assemelham a dos netos, na comunicação e na produção de experiências em conjunto.

Percebe-se na relação intergeracional uma busca pela homeostase familiar, diálogo e na perspectiva de esclarecerem as diferenças de gerações, promover rotinas, cuidados e, principalmente, a valorização dos sentimentos e afetos envolvidos.

Finalmente, salientamos que ainda há muito a ser explorado nas relações intergeracionais, especialmente quando percebemos a longevidade dos avós e a consequente presença destes nas diferentes famílias e contextos sociais. Ressaltamos que o subsistema avós e netos não funciona de forma padrão. Diferentes necessidades específicas, tais como o estado de saúde, o número de membros da família, a coresidência e outras variáveis, na maioria das vezes, impactam a relação. Reconhecemos que ainda há diferentes facetas desta

temática que necessitam ser investigadas. Assim, esperamos preencher um pouco esta lacuna e estimular que a questão seja investigada em outras perspectivas.

REFERÊNCIAS

AURELIANO, R. O.; SOBRAL, E. C.; DIAS, C. M. de S. B. A psicogerontologia como coadjuvante na promoção da intergeracionalidade: um relato de experiência. **E-book VIII CIEH 2021**. Campina Grande: Realize Editora, 2022. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/81915>. Acesso em: 19 abr. 2022.

AZAMBUJA, R. M. DA M. **O cuidar dos avós visto pelos netos em idade escolar**. Curitiba: CRV, 2021.

AZAMBUJA, R. M. DA M.; RABINOVICH, E. P. O avô e a avó na visão dos netos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 20. n. 2, p. 311–332, 2017. DOI: 10.23925/2176-901X.2017v20i2p311-332.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petrópolis: Vozes, 1975.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto do Idoso**. Lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 13 nov. 2021.

CARDOSO, A. R. **Avós no Século XXI**: mutações e rearranjos na família contemporânea. Curitiba, PR: Juruá, 2011.

COELHO, M. T. B. F.; DIAS, C. M. S. B. Avós guardiões: uma revisão sistemática de literatura do período de 2004 a 2014. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 32, n. 4, p. 1–7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/DNbws6bvtMdr4XfJ4z9Jpww/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324214>.

DIAS, C. M. de S. B.; SILVA, D. V. Os 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: Editora Nau., 1999. pp.118–149.

DIAS, C. M. de S. B.; COSTA, J. M.; RANGEL, V.A. Avós que criam seus netos: circunstâncias e consequências. *In*: FÉRES-CARNEIRO, T. (org.). **Família e Casal**: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: PUC, 2003. pp. 158–176.

DIAS, C. M. de S. B.; AGUIAR, A. G. S.; HORA, F. F. A. Netos criados por avós: motivos e repercussões. *In*: FÉRES-CARNEIRO, T. (org.). **Casal e família**: permanências e rupturas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, pp. 41–58.

DIAS, C. M. de S. B. Pais são para criar e avós para estragar. Será? *In*: GOMES, I. C. (org.). **Família, diagnóstico e abordagens terapêuticas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, pp.67–72.

DIAS, C. M. de 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: PUC-Rio: Prospectiva; 2015. pp. 93–102.

DIAS, C. M. S. B.; AMORIM, A.M. A; MELO, B.C.F.; ANDRADE, L. R. S. R. Percepções sobre o relacionamento com os netos adultos na perspectiva dos avós. *In* FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Casal e família**: clínica, conflitos e afetos. Rio de Janeiro: PUC-Rio/Perspectiva, 2021, pp. 217-236.

DIAS, C. M. de S. B. Um pouco de história. *In*: DIAS, C. M. de S. B (org). **Avosidades**: teoria, pesquisa e intervenção. Campinas: Alínea, 2022a, pp. 19-24.

DIAS, C. M. de S. B. Mapeando o relacionamento avós e netos. *In*: DIAS, C. M. de S. B (org). **Avosidades**: teoria, pesquisa e intervenção. Campinas: Alínea, 2022b, pp. 25-37.

FALCÃO, D. V. S. Familismo: repercussões nas relações conjugais e familiares de idosos. **Mais 60** : Estudos sobre Envelhecimento, São Paulo, v. 31, n. 77, p. 08-23, 2020. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/artigo/6f9b0f4b/ffef/4d9f/b208/2d158acf3bf9.pdf>.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J. Relações sociais, saúde e bem-estar na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. pp. 1490–1497.

HUO, M. *et al.* Support grandparents give to their adult grandchildren. **Journal of Gerontology Psychological Sciences**, v. 73, n. 6, p. 1006-1015. 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/73/6/1006/2986802>. Acesso em: 27 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw208>.

KOLLER, S. H.; SABADINI, A. A. Z. P.; SAMPAIO, M. I. C. Preparando um Artigo Científico. In: KOLLER, S. H.; SABADINI, A. A. Z. P.; SAMPAIO, M. I. C. (orgs.). **Publicar em psicologia : um enfoque para a revista científica**. Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia / Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.

MEDEIROS, W. C. M. **Relações de cuidado entre avós, em palição, e netos cuidadores**. Tese (Doutorado) – Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2019.

OLIVEIRA, A. R. V.; VIANNA, L. G.; CÁRDENAS, C. J. Avosidade: visões de avós e de seus netos no período da infância. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 461–474, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/YPdgxkTQLXqdW39jDD3CwWx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300012>.

PEDRÃO, R. A. A. O idoso e os órgãos dos sentidos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. pp. 183–193.

SCHULER, E.; DIAS, C. M. Entre ficção e realidade – A relação intergeracional entre bisavós e bisnetos. **Atas – Investigação qualitativa em saúde**, v. 1, n. 2, pp. 499–508, 2019.

SCREMIN A. L. X. *et al.* Avós que coabitam e compartilham as tarefas parentais. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 37, n. 97, p. 312–330, 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/25811>. Acesso em: 25 jul. 2020. DOI: doi:http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.97.A002.

STEFANELLI, J. M.; PINHEIRO JUNIOR, O. A.; MONTANHA. F. P. Comportamento dos elefantes africanos na natureza. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**. Ano IX. N. 18. jan. 2012. ISSN: 1679-7353. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/site/e/medicina-veterinaria-18-edicao-12012.html#tab923>. Acesso em: 19 abr. 2022.

TORRES, K. A. A relação entre avós idosos e netos por meio das tecnologias de informação e comunicação. *In*: DIAS, C. M. de S. B.(Org). **Avosidades: teoria, pesquisa e intervenção**. Campinas: Alínea, 2022, pp.197-214.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. Campinas, SP. Papyrus, 2003.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES DE UMA POPULAÇÃO QUE ENVELHECE DENTRO DO SISTEMA PRISIONAL

DANIELY DA SILVA DIAS VILELA

Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica; integrante da linha de pesquisa: Família, Interação Social e Saúde; Voluntária do Serviço de Atenção ao Idoso (SAI) - Universidade Católica de Pernambuco/ UNICAP. E-mail: daniely.2021803044@unicap.br

CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

Psicóloga. Dr.^a em Psicologia Clínica; Docente da Graduação e Pós-graduação (PPGPSI); integrante da linha de pesquisa: Família, Interação Social e Saúde; Universidade Católica de Pernambuco/ UNICAP. E-mail: Cristina.msbd@gmail.com

CIRLENE FRANCISCA DE SALES DA SILVA

Psicóloga. Dr.^a em Psicologia Clínica; Docente da Graduação e Pós-graduação (PPGPSI); integrante das linhas de pesquisa: Família, Interação Social e Saúde; Ciberpsicologia e Humanidades Digitais; Coordenadora do Serviço de Atenção ao Idoso (SAI); Assessora da UNICAP PRATA - Universidade Católica de Pernambuco/ UNICAP. E-mail: cirlene.silva@unicap.br

RESUMO

O objetivo deste trabalho é refletir, com base no Seminário Internacional do Laboratório de Família (LAFAM/UNICAP) que aconteceu em setembro de 2021, os desafios e oportunidades de uma população que envelhece dentro do sistema prisional. A proposta da conferência foi debater as seguintes temáticas: desafios e oportunidades de uma população que envelhece e quem quer viver para sempre. O evento contou com a presença do Prof. Dr. George Leeson, da Universidade de Oxford - Institute of Population Aging (Inglaterra). De modo sucinto, o pesquisador nos apresenta uma série histórica e compara a expectativa de vida atual a 100 anos atrás. Desse modo, conclui que os ganhos relativos à maior longevidade constituem um caso de sucesso. Também chama a atenção às mudanças do meio ambiente, pontua o impacto biológico causado pela Pandemia da COVID 19 e nos convida a construir um futuro com mais qualidade de vida. Os resultados apontam que as políticas e as propostas de governo foram costumeiramente pensadas para o público jovem; sendo assim, o envelhecimento da população tem gerados diversos desafios. Igualmente, acontece no sistema prisional, mas, infelizmente, no que tange a longevidade no cárcere, não temos um caso de sucesso. Na prisão, os fatores e impactos que incidem sobre a expectativa de vida de homens e mulheres após os 65 anos, indicam que, provavelmente, será reduzida. Logo, se faz necessário promover políticas e ações que melhorem as condições de vida dos idosos encarcerados. Embora as oportunidades pareçam remotas, podem ser criadas e incentivadas.

Palavras-chave: Longevidade. Sistema Prisional. Desafios. Oportunidades.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento está se tornando um fenômeno global, pois as diferenças entre as populações em termos de demografia estão em processo de declínio. As pessoas estão envelhecendo cada vez mais e vivendo por mais tempo, diferentemente do que aconteceu no século anterior. Na década de 1950 havia uma variação da expectativa de vida entre os países, as pessoas viviam dos 40 aos 70 anos, acarretando um lapso temporal de 30 anos. Na atualidade essa divergência diminuiu para 20 anos (LEESON, 2021).

Conforme o autor referenciado, na Inglaterra e País de Gales no ano de 1841, a expectativa de vida ao nascer era de 40 anos e foi aumentando durante o século XIX. No entanto, houve uma queda brusca devido à Influenza Espanhola em 1921. A enfermidade reduziu a esperança de vida dos homens de 55 anos para 30 anos, mas, após a crise sanitária, voltou a subir.

No Brasil, a expectativa de vida da população aumentou 43,1 anos, em pouco mais de um século. Os nascidos em 1900 podiam esperar viver 33,7 anos, enquanto, os nascidos em 2020 vivem, em média, 76,8 anos.

Ao se analisar a pirâmide da população da Inglaterra, País de Gales e do Brasil, se percebe que a população acima dos 60 anos está aumentando, o que preocupa os poderes públicos. Em 2050 estima-se que em alguns países 25% a 35% da população terão mais de 105 anos de idade (LEESON, 2021).

Nos próximos 40 anos, o público idoso brasileiro vai triplicar passando dos 19,6 milhões - que em 2010 representava 10% do contingente brasileiro - para 66,5 milhões de pessoas em 2050, representando cerca de 29,3% da população do país (IBGE, 2020).

Este é um fenômeno comum em todo o mundo e representa um desafio para nossas sociedades. Diante disso, torna-se cada vez mais necessário redefinir o momento em que se reconhece uma pessoa como idosa (LEESON, 2021)

Então, como chegamos hoje a 70, 80, 90 anos se nos séculos anteriores as pessoas morriam mais cedo? No século XVI, por exemplo, do total de 1.000 crianças nascidas 50% morriam até chegar aos 30 anos de idade. Nos tempos atuais, poucas pessoas morrem nos primeiros

anos de vida, antes dos 50 anos. Assim, do total de 1.000 crianças nascidas, 50% estão vivas com 80 anos de idade (LEESON, 2021).

A redução da natalidade associada ao envelhecimento da população produz impactos sobre a economia. "O fato é que paramos de ter filhos e nossa juventude está desaparecendo" (Sic). No ano de 2050, em países como Portugal, por exemplo, estima-se que haverá uma queda ainda maior da fertilidade, uma redução no número de filhos vivos que cada mulher terá durante a sua vida. Na Espanha, em 1950, cada mulher tinha em média 7,5 filhos e em 2050 estima-se que esse número cairá para 2,5 (LEESON, 2021). No Brasil, dados mais recentes do IBGE (2021) indicam que a taxa de fecundidade era de 1,76 filhos por mulher, com previsão de diminuir nos próximos anos. Essa tendência tende a ser uma realidade no mundo inteiro.

No contexto brasileiro, entre 1872 e 1890 a taxa de crescimento populacional era de 2,01% e, entre 2000 e 2010, passou a 1,17%. O número de crianças e adolescentes em 1940 era de 42,6% e, em 2050, deve chegar a 14,1% (FIGUEIREDO, 2016). Essa transformação no padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira e está refletindo dentro das penitenciárias.

No Brasil, o aumento de pessoas idosas na prisão se deve, em parte, à maior longevidade das pessoas (CARMO; ARAÚJO, 2011; GHIGGI, 2012, 2018; KEINERT, 2009; MAGALHÃES, 2017; MELO *et al.* 2016; MONTEIRO, 2013; OLIVEIRA *et al.* 2013; POMPEU, 2015; VILELA; DIAS; SAMPAIO, 2021). Embora o número de idosos dentro das penitenciárias, quando comparado a outros grupos (jovens e adultos), seja diminuto, não se pode negligenciar o fato de que houve um aumento de 660% no período entre 2005 a 2019 (INFOPEN, 2019). Hoje eles representam 1,4% da população total cerca de 10.000 mil idosos encarcerados no país (VILELA; DIAS; SAMPAIO, 2021).

Ainda assim, por que estudar esse grupo se provavelmente são os que menos trazem problemas a quem administra o sistema? Justifica-se pelo fato de o encarceramento ser um "[...] processo de ruptura com a vida social e, ao mesmo tempo, faz parte dela. Portanto, precisa ser encarado como uma questão pública (MINAYO; CONSTANTINO, 2021, p. 05)". Por isso, merece nossa atenção.

Portanto, este trabalho tem o objetivo de refletir com base no “Seminário Internacional do Laboratório de Família (LAFAM) da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), sobre os desafios e as oportunidades de uma população que envelhece dentro do sistema prisional.

MÉTODO

Trata-se de uma resenha crítica baseada no seminário internacional do LAFAM/UNICAP, que aconteceu no dia 22 de setembro de 2021 no horário das 9h às 12h30min. A proposta da conferência foi debater as seguintes temáticas: desafios e oportunidades de uma população que envelhece e quem quer viver para sempre. O evento contou com a presença do Prof. Dr. George Leeson, da Universidade de Oxford - *Institute of Population Aging* (Inglaterra). O referido órgão realiza pesquisas globais sobre o envelhecimento há quase 25 anos e, com base em um modelo multidisciplinar, busca compreender os motores do envelhecimento e as consequências para a nossa sociedade, nossas famílias e para nós como indivíduos.

DESAFIOS PARA LONGEVIDADE

Nos tempos atuais, o vírus da COVID-19 em circulação levou a óbito mais de 600 mil pessoas no Brasil (BRASIL, 2022) e mais de cinco milhões em todo o mundo (CNN/BRASIL, 2021). Geralmente, após um acontecimento dessa amplitude ocorre a recuperação no número de nascimentos. Sendo assim, é possível que voltemos a observar uma ascensão da natalidade e, conseqüentemente, o aumento novamente da expectativa de vida, mas ainda é cedo para afirmar que tal evento se repetirá agora (LEESON, 2021).

No que refere à quantidade de pessoas que morreram durante a pandemia, destaca-se o fato de terem sido, em maioria, pessoas com algum tipo de comorbidade. Diante disso, depreende-se o fato de que as pessoas que sobreviveram são pessoas mais saudáveis e com uma probabilidade de viver mais.

Para além das demandas sanitárias agravadas pela pandemia, destacam-se as questões econômicas, pois muitas pessoas tiveram

perda de renda pela falta de emprego e, ainda é preciso considerar o conflito climatológico que preocupa o mundo atualmente (LEESON, 2021).

Diferente da pandemia a crise climática não possui o advento das vacinas. De acordo com a Organização das Nações Unidas – ONU (2021), a humanidade está sob alerta vermelho. Uma vez que, as emissões de gases de efeito estufa provocadas por combustíveis fósseis e o desmatamento das florestas, irão sufocar o mundo. O aumento da temperatura global tende a subir antes do previsto e as consequências atingem a todos, sobretudo, as pessoas idosas.

Outra questão importante que produz impactos sobre a qualidade de vida e pode refletir na longevidade das pessoas refere-se à urbanização da população, pois trata-se de um fenômeno cada vez mais presente nas grandes cidades. Pela primeira vez na história, entre 2005 e 2010, mais de 50% da população mundial passaram a viver em ambientes urbanos. As áreas urbanas, em todo o mundo, devem absorver o crescimento da população global nas próximas quatro décadas, bem como atrair parte da população rural. A previsão é que em meados do século o mundo vai experimentar um aumento de dois bilhões de habitantes concentrados nos centros urbanos (LEESON, 2021).

A migração dessas pessoas representa um desafio que compreende dificuldades que abrangem questões de infraestrutura, moradia, energia, água potável, saneamento, transporte, acesso aos equipamentos de saúde, entre outros. Diante disso, as cidades precisariam assumir papéis mais ativos em conjunto com as iniciativas de governos em âmbito nacional, a fim de promover o alcance do desenvolvimento sustentável (NAÇÕES UNIDAS, 2019).

Um relatório prospectivo do Governo do Reino Unido (FORESIGHT, 2011) pontua como o impacto da mudança climática global pode afetar os padrões de migração humana, e uma das principais conclusões desse trabalho é que milhões de pessoas serão incapazes de se mudar dos locais nos quais estão extremamente vulneráveis às mudanças ambientais.

A população que vive na zona rural, sobretudo os mais jovens, estão indo para as grandes cidades em busca de uma vida melhor e deixam as pessoas mais velhas que não conseguem mais emprego e irão precisar de assistência.

A migração de pessoas do campo para as cidades não se dá somente por jovens. No Brasil esse fenômeno também ocorre por parte de pessoas idosas que vão em busca de acesso aos serviços de saúde. Embora não haja dados empíricos sobre esse fenômeno, sabemos que a concentração das comodidades nas áreas urbanas contribui para a retirada de algumas dessas infraestruturas das áreas rurais. Damos como exemplo a diminuição na oferta de transportes públicos; os shoppings centers, comuns em grandes centros urbanos; serviços de saúde; entre outros. Diante disso, observa-se o aumento das desigualdades entre as populações rurais e urbanas (LEESON, 2021). Esse é um problema que precisa ser pensado de forma holística para a diminuição dos impactos para a população em geral (LEESON, 2021).

SE VAMOS VIVER MAIS TEMPO SERÁ QUE VAMOS SER SAUDÁVEIS?

Nos últimos 150 anos os dados mostram uma divergência na longevidade de homens e mulheres. Entretanto, se voltarmos para meados do século XIX a diferença na expectativa de

vida entre homens e mulheres era apenas de dois anos, que pode ser considerada muito baixa. Sendo assim, ambos experimentavam quase a mesma situação. Já no século XX observa-se uma maior divergência na expectativa de vida de homens e mulheres ocasionada, principalmente, pelas diferenças no estilo de vida. Em todo o mundo a expectativa de vida da mulher ao nascer, demonstra uma tendência de crescimento (LEESON, 2021).

Mas, atualmente esse modo de viver tem se tornado cada vez mais parecido. Sendo assim, observa-se uma maior convergência que tende a se estender para a realidade brasileira. No entanto, é preciso considerar as desigualdades socioeconômicas. No Reino Unido, por exemplo, um estudo mostra que as diferenças na expectativa de vida entre os grupos menos favorecidos e mais favorecidos chega a doze anos (LEESON, 2021).

Diante disso questionamos: como será a longevidade das pessoas daqui a 150 anos? De acordo com as Nações Unidas, no ano de 2015 tínhamos 434.000 mil pessoas no mundo acima de 100 anos. Em 2050

estima-se que haverá 3.165.000 milhões e em 2100, haverá 21.183.000 milhões de pessoas com mais de 100 anos. Nos países menos desenvolvidos como o Brasil, o aumento dessas pessoas tornar-se-á ainda mais expressivo (LEESON, 2021).

Se vamos viver mais tempo será que vamos ser saudáveis? Um estudo longitudinal realizado pelo *Institute of Population Aging*, da Inglaterra, com dois milhões de pessoas maiores de 65 anos, demonstrou a evolução, em anos, dessa população a partir de diferentes variáveis que incidem sobre a longevidade. O primeiro grupo era formado por pessoas que possuíam recursos financeiros e se aposentaram com a saúde preservada; o segundo foi constituído de pessoas que possuíam menos recursos financeiros e se aposentaram com algum tipo de comorbidade. Os resultados demonstraram uma diferença exponencial entre os dois: 75% da população que se encontrava no primeiro podia esperar chegar aos 85 anos, enquanto, no segundo grupo, menos de 25% poderia esperar chegar aos 85 anos (LEESON, 2021).

Como visto, diversos impactos e fatores podem incidir sobre a longevidade. Por exemplo, um trabalhador que exerce trabalhos manuais forçados, que não tem um estilo de vida saudável, não goza de boa saúde, quando se aposenta, aos 65 anos, tem uma expectativa de vida de 12,3 anos. Uma pessoa com o mesmo perfil, mas com a diferença de não ter realizado trabalho manual forçado ao longo da vida, aumenta sua expectativa em 0,4 anos. Um sujeito que possui renda financeira mais alta, aumenta sua expectativa de vida em 2,6 anos; se se aposenta sem problemas de saúde aumenta sua expectativa de vida em 3,2 anos; se manteve um estilo de vida saudável e se aposenta sem comorbidades, aumenta sua expectativa de vida em 4,1 anos. Essas vantagens somadas à expectativa inicial de 12,3 anos, resulta em 22 anos a mais após os 65 anos de idade (LEESON, 2021).

As desigualdades sociais influenciam diretamente a qualidade de vida das pessoas e reverbera sobre a longevidade saudável. Os anos de vida com saúde, a partir dos 65 anos, e o grau de dependência após a aposentadoria têm sido estudados. A análise dessa temática entre homens e mulheres mostra que apesar de os homens viverem menos que as mulheres, o grau de dependência é inferior. Podemos inferir que o homem reduz o grau de dependência por estar acompanhado da

esposa, diferentemente da mulher que vive sozinha, sem o parceiro, e que sobrevive mais tempo na autodependência.

Os anos, a partir dos 65 anos, com necessidades de cuidados foram avaliados a partir de uma projeção de possíveis mudanças entre os anos de 2015 e 2035. Os homens terão sua expectativa de vida aumentada em 3,6 anos; maior grau de independência em 4,2 e diminuição do grau de dependência em -0,3. Por outro lado, as mulheres terão sua expectativa aumentada em 2,9; menor grau de independência em 0,8, e aumento de 0,7 sobre o grau de dependência, ou seja, as mulheres vão viver mais tempo na autodependência por questões de saúde (KINGSTON et al. 2018).

Em resumo, no que refere às propostas de governo e políticas públicas, quase tudo havia sido pensado para pessoas jovens. Quando a população começou a envelhecer isso foi visto como um problema. Mas, na realidade, o que vivemos hoje é um caso de sucesso, pois as pessoas estão vivendo por mais tempo e com saúde, em condições de executar tarefas corriqueiras por mais tempo. Há uma coincidência entre o fato de termos parado de ter filhos e estarmos envelhecendo, o que provoca uma imensidão de desafios a serem vencidos (LEESON, 2021).

ENVELHECER NO SISTEMA PRISIONAL: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

O professor Dr.^o e pesquisador George Leeson (2021) nos diz que é preciso redefinir o momento em que se reconhece uma pessoa como idosa. Essa fala, talvez, se aplique ainda mais ao sistema prisional, pois "nas prisões brasileiras, eles são submetidos aos mesmos processos de disciplina, de assujeitamento (MINAYO; CONSTANTINO, 2021, p. 05)" que são imputados aos mais jovens.

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, foi instituída para garantir às pessoas idosas acima de 60 anos a proteção integral e prioridade no que se refere às políticas públicas (Estatuto do Idoso, 2003). No entanto, em relação ao idoso que comete um crime, não há benefícios em consequência da idade (MONTEIRO, 2013). Desse modo, o idoso réu será julgado e submetido aos artigos do Código Penal Lei nº

2.848/1940 da mesma forma que o maior de 21 anos (Código Penal, 1940/2017).

O vírus da Covid 19, em circulação, expôs ainda mais as fragilidades dos sistemas sociais, sobretudo da saúde, tanto fora como dentro das penitenciárias. Se fora tivemos imensos desafios para lidar com a doença, avalie em um ambiente insalubre como a prisão, onde falta quase tudo, inclusive humanização para o preso idoso. Durante a crise sanitária, alguns foram enviados para suas casas a fim de cumprirem a penalidade em regime de semiliberdade, mas outros não foram liberados e, conseqüentemente, lançados ao acaso.

Leeson (2021) também fez referência à urbanização da população e os possíveis impactos para longevidade. A intensa ocupação dos espaços urbanos contribui para o aumento das desigualdades socioeconômicas, mais notáveis nas periferias, dado que muitas pessoas não têm acesso à renda, à alimentação adequada, regular e em quantidade suficiente. A implementação de políticas públicas, por meio de ações estatais, é necessária para promover a segurança alimentar e, sobretudo, o combate às desigualdades sociais (CARNEIRO *et al.*, 2016).

A falta de oportunidades, a fome, a violência, comuns entre as populações menos favorecidas no Brasil levam muitas pessoas a se envolverem com a criminalidade. No livro de Queiroz (2015) "Homens que menstruam", encontramos relatos de mulheres periféricas, pobres, pretas, que colecionam direitos e oportunidades negadas; foram parar atrás das grades por envolvimento com o tráfico de drogas, pequenos furtos, entre outros. A motivação para o crime pode estar nas desigualdades sociais, mas, antes de tudo, na exclusão que precede o encarceramento e na ausência de garantias de meios para sobrevivência.

O perfil da população encarcerada - em sua maioria, tem cor preta, baixo nível de escolaridade, cometeu crimes, em geral, relacionados ao tráfico de drogas (39,42%), contra o patrimônio (36,74%), contra a pessoa (11,38%), contra a dignidade sexual (4,3%) (AGÊNCIA BRASIL, 2020) – aponta que as desigualdades sociais funcionam como mola propulsora ao aumento da criminalidade.

A superlotação das unidades prisionais, celas em más condições e não apropriadas para os idosos, ausência de infraestrutura, falta de cuidados médicos, entre outros, torna o sistema prisional nocivo

e vulnerável para a população citada (VILELA; DIAS; SAMPAIO, 2021). Esse contexto parece espelhar o mundo aqui fora, que também não está preparado para receber o maior número de pessoas velhas em todos os espaços.

Nesse entendimento, sabemos que a estrutura física, o apoio social e emocional, podem garantir melhores condições de saúde mental e física para os idosos(as) encarcerados. Entretanto, na realidade das prisões, adaptações pontuais podem ser de grande valia na promoção da qualidade de vida e, quiçá, no aumento da longevidade.

Intervenções que promovam o estabelecimento das relações interpessoais entre os detentos, equipes e familiares, além de práticas educacionais - as quais podem auxiliar na diminuição do declínio cognitivo, comum após os sessenta anos de idade - são propulsoras ao desenvolvimento. Além disso, o incentivo a trabalhos manuais e voluntário, podem contribuir para que o idoso se sinta útil, além de amenizar os riscos de declínio funcional. Práticas que incentivem a interação com pessoas, objetos e símbolos do ambiente, contribuem para o desenvolvimento da pessoa idosa na prisão (BRONFENBRENNER, 1996).

Assim, estimular a participação da família nesse contexto, oportuniza o fortalecimento dos laços - as vezes rompidos ou prejudicados pelo aprisionamento - e garantir uma importante fonte de apoio emocional.

Portanto, o fenômeno do envelhecimento também adentrou os muros das prisões. Assim sendo, se faz necessário promover políticas e ações que melhorem as condições de vida dos idosos encarcerados. Embora as oportunidades pareçam remotas, elas podem ser criadas e incentivadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas e as propostas de governo foram costumeiramente pensadas para o público jovem, sendo assim, o envelhecimento da população tem gerados diversos desafios. Igualmente, aconteceu no sistema prisional, mas, infelizmente, no que tange à longevidade no cárcere, não se pode considerar que tenha ocorrido um caso de sucesso.

Na prisão, os fatores e os impactos que incidem sobre a expectativa de vida de homens e mulheres, após os 65 anos, apontam que provavelmente ela será reduzida, uma vez que os que chegam ao sistema trazem consigo as mazelas da exclusão social e não vão encontrar um ambiente que atenda às necessidades de uma pessoa idosa.

Portanto, ações e políticas que possibilitem o desenvolvimento do idoso(a) no sistema prisional são essenciais. Uma vez que tendem a favorecer a melhoria da qualidade de vida e maior longevidade. Diante disso, almejamos que novos estudos sejam realizados nas prisões com o público idoso, sobretudo, no que refere as interações com outros detentos, equipes e familiares. Essas pesquisas podem servir para implantação de medidas mais eficazes. Logo, espera-se que os resultados obtidos possam subsidiar na prática de profissionais que lidam com esse contingente populacional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Brasil tem mais 773 mil encarcerados, maioria em regime fechado.** 2020. Retirado de <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-02/brasil-tem-mais-de-773-mil-encarcerados-maioria-no-regime-fechado>

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus, Brasil. **Covid 19: Painel Coronavírus.** 2022. Retirado de <https://covid.saude.gov.br/>

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CARMO, H. O.; ARAÚJO, C. L. O. População idosa no sistema penitenciário: um olhar por trás das grades. **Revista Kairós**, v. 14, n 6, 183-194, 2011. Recuperado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/11707>

CARNEIRO, M. F. B., PEREIRA, L. A. G., GONÇALVES, T. M.; SANTOS, R. B. **Urbanização e segurança alimentar: desafios e perspectivas.** Anais: V Congresso em Desenvolvimento Social. Estado, Meio Ambiente e

Desenvolvimento, 2016. Retirado de https://congressods.com.br/quinto/anais/gt_10/URBANIZACAO%20E%20SEGURANCA%20ALIMENTAR.pdf

CNN Brasil. **Número de mortos por Covid 19 no mundo passa de cinco milhões**. 2021. Retirado de <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/mundo-passa-a-marca-de-5-milhoes-de-mortes-causadas-pela-covid-19/>

CÓDIGO PENAL - **Decreto-lei nº 2.848/1940**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. 2017. Recuperado de: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf

ESTATUTO DO IDOSO - **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas. 2003. Recuperado de: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequence=2>

FIGEIREDO, A. H (Org). **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Retirado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=297884&view=detalhes>

FORESIGHT. Government office for Science. **Migration and Global Environmental Change Future Challenges and Opportunities**. 2011. Retirado de <https://www.gov.uk/government/publications/migration-and-global-environmental-change-future-challenges-and-opportunities>

GHIGGI, M. P. **O idoso encarcerado: considerações criminológicas**. (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). 2012. Recuperado de: <http://www.tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4903>

GHIGGI, M. P. Envelhecimento e cárcere: vulnerabilidade etária e políticas públicas. **Mais 60: estudos sobre envelhecimento**, v. 71, n. 29, 09-29, 2018. Recuperado de: <https://www.sescsp.org.br/online/revistas/edicoes/703>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Brasília: Senado

Federal, 2020. Recuperado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=297884&view=detalhes>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **População: pirâmide etária e taxas de fecundidade**, 2021. Retirado de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>

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. 04, 94-96, 2009. Recuperado de: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a24_bisn47.pdf

KINGSTON, A.; COMAS-HERRERA, A.; JAGGER, C. Previsão das necessidades de cuidados da população idosa na Inglaterra nos próximos 20 anos: estimativas do estudo de modelagem Population Aging and Care Simulation (PACSim). **Idade Envelhecimento**, v. 3, n. 9, 447- 455, 2018. Doi: 10.1016/S2468-2667(18)30118-X.

LEESON, G. **Desafios e oportunidades de uma população que envelhece e quem quer viver para sempre**. Seminário internacional do LAFAM: gerar, crescer e envelhecer no contexto da pandemia. Universidade Católica de Pernambuco. 2021. Retirado de <https://youtu.be/jMmT9YMt1Yc>

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. Recuperado de: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>

MAGALHÃES, J. S. **A pessoa idosa no sistema penitenciário: criminalidade, cidadania e condições**. (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília). 2017. Recuperado de: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2278>

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**,

19, 01, 2016. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11642>

MINAYO, M. C. S.; CONSTANTINO, P. **Condições de saúde e qualidade de vida dos presos idosos do Estado do Rio de Janeiro.** Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio de Janeiro – (FAPRJ). Relatório Técnico. 2021. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/357128824_CONDICAOES_DE_SAUDE_E_QUALIDADE_DE_VIDA_DOS_PRESOS_IDOSOS_DO_ESTADO_DO RIO_DE_JANEIRO

MONTEIRO, S. R. **Crimes cometidos por idosos: considerações criminológicas.** (Dissertação de Mestrado em Ciências Criminais, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul). 2013. Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/1739>

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, 139-148, 2013. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100014

ONU-ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **ONU prevê que cidades abriguem 70% da população mundial até 2050.** 2019. Retirado de <https://news.un.org/pt/audio/2019/02/1660691>

ONU-ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Clima: ONU lança “alerta vermelho para a humanidade”**, 2021. Retirado de: <https://www.dw.com/pt-002/clima-onu-lan%C3%A7a-alerta-vermelho-para-a-humanidade/a-58806153>

PAPALIA, D. E. & FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano** (recurso eletrônico). 12ª. Porto Alegre: Artmed, 2013.

POMPEU, V. M. **O condenado idoso no Brasil: um estudo sobre o sistema penitenciário nacional.** (Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-graduação em Direito Constitucional, Universidade de Fortaleza-UNIFOR).

2015. Recuperado de: <https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=95372>

QUEIROZ, N. **Presos que menstruam**. Rio de Janeiro: Record, 2015.

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, 304-332, 2021. doi: 10.4013/ctc.2021.141.14

ESTRESSE E COGNIÇÃO: UM ESTUDO CORRELACIONAL COM IDOSOS

MÔNICA DIAS PALITOT

Doutora em Psicologia Social (UFPB). Professora Associada III do Departamento de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, Coordenadora do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). Autora/Orientadora monica.palipot2@academico.ufpb.br

DANYELLE GONZAGA MONTE DA COSTA

Doutora em Psicologia Social (UFPB), Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba- UFPB. Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). danyemontec95@gmail.com;

BIANCA KARINE COELHO FORMIGA

Graduanda do Curso de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Bolsista PIBIC do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). biancakarine2@gmail.com

SUELY MARIA ALVES DE SOUZA

Graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB; Pós-graduanda em Fonoaudiologia no Transtorno do Espectro do Autismo; Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). suelymariads@gmail.com.

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo geral verificar a presença do estresse em idosos e de que modo este se correlaciona com a cognição e seu declínio. Foram traçados três objetivos específicos: verificar a prevalência do estresse em idosos; conhecer em que medida os idosos percebem o estresse e verificar em que medida as atividades de raciocínio lógico interferem nos aspectos cognitivos dos idosos. Participaram da pesquisa 42 idosos do município de João Pessoa/PB. Os instrumentos utilizados foram: O Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT) e a Escala de Estresse Percebido (EEP) a escala. O RAVLT foi originalmente proposto como instrumento neuropsicológico para avaliação dos processos de aprendizagem e memória; já a EEP, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações estressantes. Os resultados da pesquisa demonstraram que as mudanças ocorridas no envelhecimento tem grandes chances de serem vividas como estressantes, pois o declínio das funções cognitivas, a perda da autonomia e da independência, são elementos que podem desencadear o surgimento do estresse como uma reação orgânica às mudanças e adaptações exigidas na velhice. Faz-se necessário compreender, portanto, que o envelhecimento humano é um processo que acarreta inúmeras transformações biológicas, sociais, psicológicas e que não ocorre de forma homogênea em todas as pessoas, pois os comportamentos adquiridos ao longo da vida, os hábitos, as crenças, as culturas, além dos aspectos genéticos e biológicos, são fatores que exercerão influência direta na forma como se envelhece.

Palavras-Chaves: Idosos, Estresse, Cognição, Declínio.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial e de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília (IBGE), o Brasil tem tido um crescimento contínuo e sistemático da população acima dos 60 anos. Em 2009 o país contava com uma população de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, em 2012 esta população era de 25,4 milhões (IBGE, 2013) e em 2017 passou a ser de 30, 2 milhões (IBGE, 2019) e as projeções apontam que a população idosa no Brasil será de 33,7% em 2060.

Vários fatores podem ser elencados no favorecimento deste aumento contínuo da população idosa, dentre estes estão: a taxa de fecundidade abaixo do nível da reposição populacional e os avanços da ciência e tecnologia, especialmente na área de saúde, que vem favorecendo ao grupo de idosos ocuparem um espaço cada vez mais significativo na sociedade.

Segundo Cabral, Palitot e Meireles (2013), no processo de envelhecimento os idosos podem apresentar uma maior vulnerabilidade a doenças, bem como uma parcela significativa dessa população é acometida por alterações cognitivas que já são cientificamente comprovadas e esperadas esta faixa etária. Contudo, essas alterações podem variar em sua forma e intensidade de indivíduo para indivíduo, devido a diferenças sociais, culturais, no estilo de vida, condições de saúde, alimentação, prática de atividades físicas, entre outros fatores

Assim sendo, o processo de envelhecimento embora apresente diferenças considerando vários aspectos peculiares de cada indivíduo tem características comuns em se tratando envelhecimento normal. Esta fase do desenvolvimento humano pode acarretar inúmeros fatores que contribuem de modo significativo para a diminuição da inserção social dos idosos, tais como: as perdas sensoriais (déficits visuais e auditivos), os problemas ósteoarticulares, os déficits cognitivos, dentre outros, que interferem na autonomia e independência dos idosos, prejudicando a sua sociabilidade e bem estar.

Diante dessas mudanças, Peixoto et al (2019) afirmam que, se faz cada vez mais necessário a realização de estimulação diária dos idosos a fim de se evitar um aceleração do declínio cognitivo, isto

porque a pessoa que permanece tão ativa quanto possível associa a atividade com a satisfação de viver.

A presente pesquisa teve por objetivo principal verificar a presença do estresse em idosos e de que modo este se correlaciona com a cognição, destacando-se também os seguintes objetivos específicos: 1) Verificar a prevalência do estresse em idosos do município de João Pessoa; 2) Conhecer em que medida os idosos percebem o estresse; 3) Verificar em que medida as atividades de raciocínio lógico interferem nos aspectos cognitivos dos idosos.

Metodologicamente foi realizada, a princípio, uma revisão bibliográfica a fim de uma maior compreensão dos aspectos biopsicossociais, bem como, estresse e velhice. Também foi realizada uma pesquisa de levantamento e correlacional não experimental de caráter descritivo, exploratório, através de uma abordagem quantitativa, mediante a aplicação dos seguintes instrumentos: Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT), proposto originalmente como instrumento neuropsicológico para avaliação dos processos de aprendizagem e memória e a Escala de Estresse Percebido (EEP) a escala que mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações estressantes.

Os resultados demonstraram que as mudanças ocorridas no envelhecimento têm grandes chances de serem vividas como estressantes, pois o declínio das funções cognitivas, a perda da autonomia e da independência, são elementos que podem desencadear o surgimento do estresse como uma reação orgânica às mudanças e adaptações exigidas na velhice.

Faz-se necessário compreender, portanto, que o envelhecimento humano é um processo que acarreta inúmeras transformações biológicas, sociais, psicológicas e que não ocorre de forma homogênea em todas as pessoas, pois os comportamentos adquiridos ao longo da vida, os hábitos, as crenças, as culturas, além dos aspectos genéticos e biológicos, são fatores que exercerão influência direta na forma como se vivencia o envelhecimento.

ENVELHECIMENTO: CARACTERÍSTICAS BIOPSIKOSSOCIAIS.

A Organização Mundial de Saúde – OMS define como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países

desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos. O envelhecimento da população tem causas específicas, dentre elas o alto índice de nascimento e as altas taxas de imigração no começo do século XX e uma tendência para planejamentos familiares menores, assim, reduzindo o número relativo de grupos mais jovens.

Embora, como já foi abordado no início do presente estudo, a população idosa esteja aumentando ano a ano, a sociedade, o Estado não tem acompanhado, planejado, realizado uma conscientização sobre importância do idoso e do seu papel na sociedade e os resultados que este não planejamento se refletem nos processos de exclusão sofridos pela população idosa que se veem muitas vezes “castrados” de seus direitos e de sua participação na sociedade.

Com o aumento da expectativa de vida e das profundas transformações que podem afetar de modo negativo a maioria da população idosa, tem sido realizados estudos nas mais diversas áreas do conhecimento no intuito promover qualidade de vida e romper com os estereótipos negativos.

Nos estudos sobre o desenvolvimento humano, descritos por Palácios (2009) definem o envelhecimento como primário, secundário e envelhecimento terciário. O envelhecimento primário consiste em processos de deteriorização biológica, geneticamente programados, que acontecem inclusive nas pessoas que tem muita saúde e que não passaram por doenças graves na vida, o envelhecimento secundário refere-se a processos de deteriorização que aumentam com a idade e se relacionam com fatores que podem ser controlados, a exemplo da alimentação, atividades físicas, os hábitos de vida e as influências ambientais e por fim, o envelhecimento terciário, trata-se de declínios generalizados nas funções psicológicas, à medida que o ser humano se aproxima da morte. As capacidades de adaptação diminuem, todas as habilidades cognitivas se deterioram, a personalidade fica desestabilizada e mais vulnerável.

Com a compreensão socialmente construída da velhice, quase sempre associada à debilidade e doença, naturalmente que determinadas pelas condições sociais e econômicas desfavoráveis e precárias vividas por uma parcela da sociedade, o aumento da população idosa significa requerimentos dos mais diferentes, que vão da necessidade

de revisão da própria velhice, das políticas de aposentadorias e dos serviços público, e mais importante ainda, de novas posturas e atitudes frente à própria vida, não apenas daqueles em envelhecimento mais avançado, mas de todas as gerações, não importando a que grupo de idade cronológica esteja enquadrado (D'ALENCAR, 2002).

Entretanto frente às inúmeras mudanças que o envelhecimento acarreta no ser humano é inenitável a associação com o declínio cognitivo, sendo assim será descrito de forma breve os principais pontos deste declínio e quais as principais alterações que o mesmo causa no aspecto geral do envelhecimento.

ENVELHECIMENTO E COGNIÇÃO

Na medida em que o corpo envelhece mudanças de toda ordem vão ocorrendo, inclusive no que tange ao aspecto cognitivo. Pesquisas realizadas pela neurociência afirmam que o cérebro humano perde peso e medida com o passar dos anos, essa perda acontece geralmente após os trinta anos e está atribuída a uma perda de neurônios no córtex cerebral, parte do cérebro que comanda a maioria das habilidades cognitivas. (PARENTE, 2006)

Segundo Papalia (2013), a causa da perda de peso não é uma redução generalizada no número de neurônios, mas sim um encolhimento no tamanho neuronal em virtude da perda de tecido cognitivo: axônios, dendritos e sinapses. Essa redução parece começar mais cedo e avançar mais rapidamente no córtex frontal que é importante para a memória e o funcionamento cognitivo de alto nível.

Entretanto, no processo normal de envelhecimento, o declínio das funções não tem razão para ser um obstáculo para o normal funcionamento e desempenho psicológico. Um cérebro velho, porém sadio é capaz de servir de suporte para o funcionamento psicológico normal, permitindo um adequado desenvolvimento das atividades cotidianas e a aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades (PALÁCIOS, 2009).

Considerando estas perspectivas do envelhecimento normal, teorias genéricas sobre o envelhecimento cognitivo, caracterizam as modificações que ocorrem no envelhecimento normal que podem ser de perdas ou ganhos, esses mecanismos básicos de declínio foram

elencados a partir de diferenças entre as dificuldades de idosos, deste modo percebe-se que algumas funções cognitivas irão declinar com o passar do tempo, outras serão mantidas enquanto outras irão melhorar. Deste modo, são elencadas abaixo cinco diferentes teorias que procuram detectar um mecanismo único que pode explicar as dificuldades cognitivas dos idosos.

1. Inteligência rígida versus fluída: Fruto de estudos realizados em 1967 por Horn e Cattell, os conceitos adotados nessa teoria são bastante amplos. *Inteligência Fluída*: designa processos que devem ser elaborados a partir de diferentes situações e, portanto, requerem a elaboração de estratégias adaptativas. *Inteligência Cristalizada*: refere-se a processos que dependem de aprendizados bem estabelecidos e que podem ser aplicados a qualquer situação, sem necessidade de serem alterados (PARENTE, 2006).
2. Deficiência na velocidade de processamento: Uma importante teoria sobre o envelhecimento cognitivo foi proposta por Salthouse (1996) propõe que a base do declínio cognitivo encontra-se na maior lentidão do processamento com a idade. O autor afirma que o desempenho de um grande número de tarefas cognitivas, que iam desde tarefas de memória até as de raciocínio, decorre da capacidade da pessoa em realizar tarefas de rapidez perceptual.
3. Memória de Trabalho: Daneman e Carpenter (1980) *apud* Parente (2006) postulou que a memória de trabalho implica a codificação simultânea de duas informações ou de processamentos simultâneos de tarefas diferentes. Parente (2006) a memória de trabalho também é um elemento essencial para a execução adequada de tarefas planejadas em um tempo futuro. Seus substratos orgânicos encontram-se no lobo pré-frontal e envolvem processos estratégicos, ou seja, novas formas de resolver problemas.
4. Transtorno de Inibição: Essa teoria considera como mecanismo básico a dificuldade dos idosos em focalizar a atenção em um assunto e em inibir informações irrelevantes. Para Nunes (2009) com a idade, aumenta a dificuldade em focar-nos na informação importante e em inibirmos a que é irrelevante, nesta

perspectiva uma das razões para a pior performance cognitiva dos idosos na generalidade das tarefas, seria o fato de não se focarem na informação relevante dispersando os seus recursos no processamento de informação irrelevante.

5. Perdas das funções frontais (ou pré-frontais): A hipótese do envelhecimento neurocognitivo do lobo frontal postula, que devido ao declínio diferencial do tecido nervoso do lobo frontal em idosos ou, mas especificamente, do córtex pré-frontal, as funções cognitivas nessas áreas são mais suscetíveis aos efeitos da idade do que as funções que dependem de áreas posteriores e subcorticais. Todavia, o envelhecimento cognitivo não depende totalmente da perda neuronal no córtex frontal, já que existem alterações importantes nos córtices parietal e temporal com o avanço da idade (PARENTE, 2006).

As teorias supracitadas procuram explicar as dificuldades cognitivas nos idosos, seus declínios e perdas, no entanto há tempos que a sabedoria adquirida com o envelhecimento tem sido um assunto de especulação filosófica e tornou-se um assunto também estudado pela psicologia evolutiva e ciências afins. Dixon (1999 *apud* PARENTE 2006) realizou um levantamento das questões e das teorias que envolvem ganhos durante o envelhecimento. A palavra ganho assume pelo menos quatro conotações: um ganho pode ser uma função cognitiva que: melhora com a idade; mantém-se apesar do envelhecimento; tem um pequeno declínio se comparada com outra; forma-se a partir de novas estratégias cognitivas para suprir dificuldades em outras funções.

As teorias de perdas e ganhos em três categorias, são elas: 1- Ganhos com ganhos que defende a ideia que existem ganhos que evoluem durante o envelhecimento, independente das perdas. Esta é uma visão otimista acerca das perdas cognitivas. 2- Ganhos como perdas em menor magnitude, as perdas ocorrem bem mais tarde, nem sempre acontecem em todas as funções, ocorrem em um nível bem menos amedrontador do que pretendido, ocorre em um grau que não afeta a vida diária. As perdas acontecem de forma minimizada, e existe um sentimento consolador nessa teoria. 3- Ganhos em funções de perdas, os ganhos, ou ganhos aparentes, estão relacionados

às perdas. Os ganhos ocorrem para compensar as perdas; os ganhos ocorrem devido à perda, essa é uma visão realista da teoria (DIXON, 1999 *apud* PARENTE 2006).

O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, fenômeno este marcado por diversas mudanças e acontecimentos tanto de aspecto físico, mental e social. Os eventos de vida, entre eles os relacionamentos afetivos, o nascimento de filhos, a vivência do ninho vazio, a aposentadoria e a perda de entes queridos, marcam momentos de transição no curso de vida, assinalam a passagem de um status evolutivo para outro, refletem a passagem do tempo individual, sinalizam um curso normal, anunciam o alcance ou o não alcance de metas e expectativas individuais e sociais e, quando relacionados a declínio, doenças e morte, confrontam o indivíduo com a própria finitude. Eventos de vida adversos, relacionados a perdas

e a não capacidade de controlar algumas situações tem grande potencial para serem vividos como muito estressantes para os recursos dos idosos (FORTES-BURGOS et al., 2009).

UMA VISÃO MULTIDISCIPLINAR DO ESTRESSE

O estresse é uma reação do organismo diante de situações ou muito difíceis ou muito excitantes, que podem ocorrer em qualquer pessoa, independentemente de idade, raça, sexo e situação socioeconômica.

Em geral, o organismo humano funciona em perfeita sintonia interior: os vários órgãos trabalham em colaboração uns com os outros. Em períodos de estresse, contudo, esse funcionamento harmonioso é afetado, e cada órgão passa a trabalhar em um ritmo diferente dos demais. Às vezes, por exemplo, o coração bate muito rápido, mas o estômago não consegue digerir a comida, o que gera uma quebra no equilíbrio interior. Quando a homeostase é afetada ocorre um desconforto mental e físico. O estresse não é, em si mesmo, uma doença, mas quando intensa ou prolongada, a reação ao estresse pode enfraquecer o organismo, levando-o a uma condição que propicia uma queda no funcionamento do sistema imunológico de tal porte que vários sistemas ou doenças podem manifestar-se (LIPP, 2008).

As fontes de estresse podem ser classificadas em internas e externas. As fontes externas englobam eventos que não dependem

diretamente do controle do indivíduo, isto é, mudanças inesperadas, problemas no cotidiano, acidentes, doenças, dentre outras. Já as fontes internas estão diretamente relacionadas à pessoa e aos comportamentos privados, podendo constituir-se do padrão de comportamento apresentado, nível de assertividade, vulnerabilidade, entre outros, os fatores internos são definidos pelas características pessoais de cada indivíduo, envolvem questões de timidez, ansiedade, perfeccionismo, desejos inalcançáveis, entre outros (LIPP, 2001).

Selye (1952 *apud* PASSAMI, 2010) definem as fases do estresse sendo elas: fase de alerta, de resistência e de exaustão. 1- A fase de alerta: Caracteriza-se pelo confronto da pessoa com o fator estressor, é o momento em que o organismo se prepara para lutar ou fugir, ocorre quebra da homeostase, o corpo entra em estado de alerta; 2- Fase de resistência: Ocorre quando a intensidade da resistência desenvolvida foi demasiada e o organismo tenta restabelecer o equilíbrio. 3- Fase de exaustão: Ocorre quando a pessoa não consegue resistir ao estresse ou ocorrem eventos estressantes sucessivos.

Sendo assim, entende-se que o processo do estresse será desencadeado e desenvolvido de maneira diferente para cada indivíduo, uma vez que a análise de cada evento aversivo ou não dependerá de como cada pessoa aprendeu a percebê-lo. Isso quer dizer que o processo de estresse está intimamente relacionado à história de vida do indivíduo, considerando que os pensamentos, sentimentos, regras e auto regras são aprendidos no decorrer de sua vida (SANZOVO et al., 2007).

Quanto aos sintomas do estresse, eles podem ser tanto físicos quanto psicológicos e os mais comuns são: 1) sintomas psicológicos - ansiedade, tensão, angústia, pesadelos, alienação, dificuldades interpessoais, dúvida quanto a si próprio e preocupação excessiva; 2) sintomas físicos - aumento da sudorese, dor de estômago, hiperacidez estomacal, aperto da mandíbula e ranger dos dentes, diarreia, insônia, secura na boca, mudança de apetite, mal-estar generalizado sem causa específica, formigamento ou esfriamento das extremidades, cansaço físico constante, aparecimento de problemas dermatológicos, tonturas, náuseas, vômitos, tiques, excesso de gases, dificuldades sexuais (NACARATO 1995 *apud* ARAÚJO, 2001).

Além dos eventos de vida, acredita-se que fatores perturbadores da vida diária atuam sobre o bem-estar das pessoas. São eventos

micro estressores que ameaçam o bem-estar, como o que acontece com problemas ambientais (barulho e poluição) e mecânicos, ou por efeitos colaterais de medicações, com o ter de ficar em filas aguardando a vez, com ruídos feitos por vizinhos barulhentos, e assim por diante. Tais aborrecimentos vividos no cotidiano podem se tornar altamente estressantes dependendo da intensidade e do momento em que ocorrem (FORTES-BURGOS et al., 2008).

Embora o estresse esteja frequentemente relacionado a aspectos e/ou eventos negativos, Lipp (2000) declara que, quando as pessoas aprendem a lidar com seu estresse, o mesmo poderá tornar-se útil, uma vez que, em pequenas quantidades, o estresse proporciona energia, vigor, coragem e força.

Conforme descrito o estresse pode afetar a vida do indivíduo de várias maneiras, neste sentido as mudanças trazidas pelo envelhecimento independente do caráter (físico, cognitivo e social), exigem do indivíduo adaptações e mudanças, com isso a presença do estresse acaba se tornando inevitável, pois está presente em todas as situações que exigem do indivíduo a capacidade de adaptação da mente e do corpo.

METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se de uma pesquisa de Levantamento e Correlacional não experimental de caráter descritivo, exploratório, através de uma abordagem quantitativa, mediante a aplicação dos instrumentos abaixo descritos.

Amostra

Participaram da pesquisa 42 (quarenta e dois) idosos do município de João Pessoa/PB. Quanto a variável sexo, o feminino representou 85,70% e o masculino 14,30% da amostra. Os participantes foram escolhidos aleatoriamente e participaram do estudo após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987.

Instrumentos

Teste auditivo - verbal de Rey

O Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT) foi proposto originalmente como instrumento neuropsicológico para avaliação dos processos de aprendizagem e memória, desenvolvido por Rey, em 1958, e publicado em seu livro, *L'exame clinique en psychologie*, em 1964, baseado no Test of Memory for Words desenvolvido pelo psicólogo suíço Edouard Claparède (COTTA et al; 2012).

No Brasil, o RAVLT foi traduzido, adaptado e normatizado por Malloy-Diniz (2000) para aplicação em adolescentes, adultos e idosos. O RAVLT é um teste destinado à avaliação da memória episódica, com componentes relacionados à memória de curto prazo, à aprendizagem, à memória de longo prazo imediata e tardia e à memória de reconhecimento.

O teste tem sido amplamente utilizado em contextos clínicos e de pesquisa em diversos países, sendo considerado uma média válida e eficaz para mensuração da memória episódica e sensível as deficiências de memória encontradas em vários quadros clínicos como a demência de Alzheimer, comprometimento cognitivo leve e depressão maior demonstrando boa qualidade de critério (COTTA et al; 2012).

O Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey possui duas listas de palavras as quais devem ser reconhecidas ao longo do teste. A lista A contém 15 palavras que são lidas por cinco vezes (A1 a A5), após a leitura das palavras, é solicitado que o idoso recorde o máximo de palavras que conseguir. Após a quinta tentativa, uma nova lista é apresentada, denominada lista B1. Ao final desta etapa, é pedido que o indivíduo recorde as palavras da lista A, sem que as mesmas sejam exibidas novamente. Posteriormente é dado um intervalo de 20 minutos, neste tempo é necessário que o sujeito realize outras atividades que não tenham relação com raciocínio. Após o término do intervalo é pedido novamente que o sujeito relembre as palavras da lista A sem que as mesmas sejam apresentadas. No final é feito o teste de Reconhecimento envolvendo as palavras da lista A e palavras fonologicamente semelhantes, o idoso deve indicar apenas as palavras que pertencem a lista A.

Escala de Estresse Percebido (EEP)

Este instrumento foi desenvolvido por Cohen et al. (1983) que propuseram uma escala que mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações estressantes. Perceived Stress Scale (PSS – Escala de Estresse Percebido) foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14), sendo também validada com dez (PSS 10) e quatro questões (PSS 4), a versão com quatro questões é utilizada em pesquisas realizadas pelo telefone. A versão utilizada nesta pesquisa foi traduzida por Luft et al. (2007), a qual utiliza a validação com 10 questões. No contexto geral a Escala de Estresse Percebido (PSS) possui 14 questões, sendo com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56.

PROCEDIMENTOS

A coleta de dados ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética do CCS/UFPB, Nº439.934, o instrumento foi aplicado aos idosos de forma aleatória da cidade de João Pessoa/PB, ao participante foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, após a apresentação dos instrumentos e esclarecimentos foi iniciada a aplicação do questionário. A aplicação foi realizada individualmente, o caderno de resposta é iniciado com a EEP e em seguida o de RAVLT neste segundo teste foi necessário o auxílio do pesquisador, a aplicação do caderno de resposta durou em média entre 15 e 20 minutos.

Procedimentos de Análise

Os dados foram tabulados com o auxílio do PASW (Predictive Analytics Software) versão 21 for Windows, e submetidos às estatísticas descritivas e inferencial, visando atender os objetivos propostos. Para saber se a amostra tinha uma curva normal, foi realizado o teste

de normatização, com isso se verificou uma distribuição de população não normal, utilizando-se de teste não paramétrico, e o nível de significância adotado foi de 5%. Para a análise de dados foi utilizado à correlação de *Sperman* e comparação de grupos de *Kruskal-Wallis*

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliar o grau no qual os indivíduos percebem situações estressantes e vivenciam esses episódios, foi aplicada a Escala de Estresse Percebido. As questões nas escalas perguntam sobre sentimentos e pensamentos durante o último mês, os idosos indicaram o quão frequente tinham se sentido a respeito de determinadas situações. Ao serem questionados com que frequência ficavam tristes encontrou-se um percentual de 30,4% dos idosos.

Tabela 1. Frequência de: Você tem ficado triste inesperadamente?

	Frequência Relativa
<i>Nunca</i>	4,9
<i>Quase Nunca</i>	15,7
<i>Às Vezes</i>	25,5
<i>Quase Sempre</i>	23,5
<i>Sempre</i>	30,4
<i>Total</i>	100

Nem sempre os idosos sentem-se capazes de controlar os fatos importantes que ocorrem em suas vidas, essa constatação deu-se após análise da pergunta presente na tabela 2. As respostas mais solicitadas foram "quase sempre" e "sempre", totalizando 53,9%.

Neste sentido é possível afirmar que situações inesperadas são vividas como estressantes, eventos descritos na literatura como sendo não normativos, casos como diagnóstico inesperado de doenças crônicas, morte de um familiar ou pessoas próximas, crises econômicas e dentre outros eventos que se desviam dos padrões normais de acontecimentos. Estes acontecimentos em sua maioria afetam o ciclo normal da vida de maneira tão representativa que podem ocasionar um desequilíbrio emocional podendo ocasionar doenças psíquicas a exemplo da depressão, dificultando assim o retorno do equilíbrio.

Fortes-Burgos et al., (2009) desenvolveu um estudo no qual foi avaliada a experiência de eventos estressantes vividos nos últimos cinco anos entre idosos. Os resultados demonstraram que os eventos relacionados à finitude e problemas que afetam os descendentes foram mencionados como eventos de vida mais estressantes.

A pesquisa ainda descreveu que problemas graves de saúde ou a morte de ente querido são situações sobre as quais os indivíduos pouco têm o que fazer, objetivamente, e em geral são vividos com um alto grau de emoções negativas, sentimentos de frustração e desamparo. Nestes casos, espera-se que os indivíduos lancem mão de mecanismos de adaptação e enfrentamento que minimizem o efeito do estresse provocado pelos acontecimentos e falta de controle.

No entanto manter o controle diante de algumas situações pode amenizar o grau de estresse. No presente estudo foi constatado que controlar as irritações é um aspecto positivo frente aos acontecimentos estressante. Essa constatação deu-se a partir da análise da resposta da pergunta de número 7 (*Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida?*) que obteve um percentual significativo, em que responderam que sempre. Como podemos observar na tabela 2.

Tabela 2. *Frequência de: Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?)*

	Frequência Relativa
<i>Nunca</i>	11,8
<i>Quase Nunca</i>	17,6
<i>Às Vezes</i>	19,6
<i>Quase Sempre</i>	26,5
<i>Sempre</i>	24,5
<i>Total</i>	100

Estes resultados corroboram que a capacidade de adaptação, mudanças positivas e controle de si mesmo diante de situações estressantes, podem ser concebidos como estratégias para superar e controlar os picos de estresse. Apesar disso, um total de 37% dos idosos relataram que quase nunca ou apenas às vezes sentem que os fatos acontecem de acordo com o seu controle.

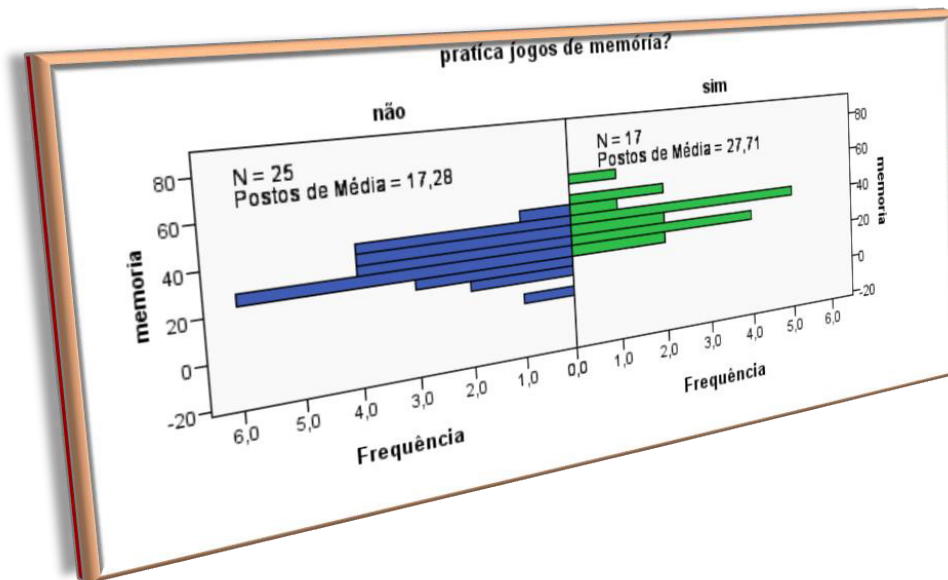
Estes resultados confirmam a capacidade de adaptação, mudanças e do controle de si mesmo, também pode ser interpretado

como estratégia de adaptação para superar ou controlar o estressor. Verifica-se então que controlar as irritações é uma estratégia de enfrentamento do estresse ou situação estressante, embora não tenham sido encontrados estudos para corroborar estes resultados na temática, uma das explicações para o controle do estresse é a capacidade de resiliência desenvolvida pela pessoa ao longo da vida

Para verificar em que medida as atividades de raciocínio lógico e a prática de jogos do tipo: memória, xadrez, dama, palavras cruzadas e similares interferem no aspecto cognitivo dos idosos, foi realizada uma correlação entre grupos que apresentou os seguintes resultados. Gráfico 1.

Os participantes que fazem uso de jogos tiveram um desempenho de 27,71% no teste de RAVLT e os que não fazem uso dos jogos, apresentou um desempenho de 17,28% mostrando que os estímulos cognitivos melhoram o desempenho de atividades que envolvam concentração, raciocínio em memória.

Gráfico 1. Práticas de jogos de memória



Sendo assim um estudo realizado por Irigaray et al., (2010) que analisou os efeitos de um programa de treino de atenção, memória e funções executivas, nesse estudo buscou-se identificar os diversos

mecanismos que poderiam explicar os efeitos do treino sobre o funcionamento cognitivo de idosos, como a prática de exercícios cognitivos regulares, a convivência em um ambiente de estimulação cognitiva, o maior uso de estratégias para memorização e para focar a atenção, o melhor humor ou ainda a percepção de maior-eficácia cognitiva.

Os resultados obtidos neste estudo mostram que os idosos que foram submetidos ao treino cognitivo apresentaram melhoras na memória verbal (evocação e reconhecimento), demonstrando a habilidade de adquirir novas informações e usar estratégias para auxiliar na memorização, o treino levou os idosos a um maior senso de auto-eficácia cognitiva, uma vez que perceberam que o declínio em algumas funções era reversível, o que os levou a maior segurança e aumento do desempenho, favorecendo o aumento da auto-eficácia.

Em outro estudo realizado por Carvalho et al., (2009), cujo o objetivo foi verificar os efeitos do treino de memória episódica com idosos brasileiros saudáveis. Os resultados apresentados indicaram que o treino de memória episódica envolvendo a aprendizagem e a prática com a estratégia de categorização promoveu melhora significativa no desempenho em tarefa de memória episódica e um maior uso da estratégia treinada.

Fabício et al., (2012) realizou um estudo que objetivou testar a eficácia de treino cognitivo, baseado na apresentação e prática de estratégias de memória (categorização) e na realização de atividades que recrutam as funções executivas, oferecido a idosos. O treino teve como foco o ensino do uso de estratégia de categorização, a estimulação da atenção, da memória episódica e das funções executivas, separados em duas faixas de escolaridade.

Os resultados obtidos apontam que os idosos com maior grau de escolaridade tiveram um desempenho mais significativo que os idosos que possuem grau de escolaridade menor, foi possível observar um aumento significativo da velocidade de processamento no uso de estratégias de memória. Houve também uma melhora significativa quanto à auto-eficácia e tarefas de memória, neste estudo pode ser constatado que indivíduos com maior escolaridade apresentam maior nível de reserva cognitiva.

Para verificar o resultado da *prevalência do estresse e de que modo este se correlaciona com a cognição, ponto chave da presente*

pesquisa, utilizou-se o teste de *Spearman* que tem por objetivo analisar a correlação entre duas variáveis que neste estudo são: estresse e cognição. Na correlação referente a estresse e cognição, os resultados obtidos mostraram uma relação significativa entre as variáveis ($r=0,048$).

Tabela 3. Correlação de estresse e cognição

		Estresse	Cognição
Sperman	Estresse	Correlações de coeficiente	1,000
		Significância N	42
	Cognição	Correlações de coeficiente	-0,37
		Significância N	0,048 42

As mudanças ocorridas no envelhecimento têm grandes chances de serem vividas como estressantes, o declínio das funções cognitivas, a perda da autonomia e da independência, torna essa fase do desenvolvimento propícia ao surgimento do estresse que nesta circunstância torna-se uma reação do organismo em meio a tantas adaptações e mudanças.

Segundo Machado et al (2007), o declínio cognitivo dificulta a realização das atividades da vida diária e as relações sociais e familiares, prejudicando gradativamente a autonomia do idoso. Na velhice, a manutenção da qualidade de vida está intimamente e ligada à capacidade do idoso de desempenhar as funções necessárias à manutenção da sua vida diária e prática, de modo a torná-lo independente dentro do seu contexto socioeconômico e cultural.

Pereira et al (2004) afirma que o estresse compromete o bem-estar do idoso, que por muitas vezes provoca diversos problemas físicos, um efeito negativo importante é quando há uma baixa autoestima nos idosos, causando a percepção de uma falta de autonomia e a inabilidade para retribuir ajudas recebidas, isto pode levar a insatisfação, estresse e depressão.

Ainda segundo algumas pesquisas, os fatores externos são os principais causadores do estresse na terceira idade, pois para muitos idosos a perda da autonomia gera um desconforto que podem

acarretar a não aceitação de auxílio de familiares e/ou cuidadores na resolução de problemas e até de atividades rotineiras, esta não aceitação de cuidados podem ocasionar sentimentos de solidão. Estudos realizados por Fortes-Burgos et al. (2009) apontaram que o aparecimento e o agravamento de doenças com o passar dos anos traz a essa etapa da vida desafios adaptativos, principalmente, relacionados à manutenção da autonomia e independência, e do controle sobre o ambiente e sobre si mesmo.

Tabela 4. Correlação entre o Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey e a Escala do Estresse Percebido.

	A1	A2	A3	A4	A5	B1	A6	R
Você tem ficado triste inesperadamente?	-,265	-,370**	-,329**	-,420**	-,383**	-,132	-,321*	-,143
Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	-,080	-,151	-,138	-,019	,008	,080	-,033	,107
Você tem se sentido nervoso ou estressado?	-,142	-,276	-,192	-,223	-,148	-,176	-,097	,057
Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	,242	,164	,243	,247	,190	,062	,340*	0,74
Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	,039	,166	,161	,245	,257	,134	,295*	-,002
Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	,064	-,049	,018	,005	,018	,035	,077	,008
Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	,156	,235	,086	,141	,086	,150	,256	,097
Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	,007	,011	,044	,043	-,018	-,044	,145	,114
Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	,033	-,012	,016	-,110	-,019	-,080	,015	,041
Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	-,288*	-,366**	-,421**	-,384**	-,329*	-,152	-,349*	,070

De acordo com a tabela, pode-se observar que as perguntas que mais se aproximam de uma correlação perfeita negativa, ou seja, quanto mais alto o nível de estresse apontado através da Escala do Estresse Percebido, menor foi o número de acertos e reconhecimentos das palavras apresentadas no Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey, foram as perguntas *Você tem ficado triste inesperadamente? Você tem se sentido nervoso ou estressado? Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode supera-las*, na qual todas as correlações se deram por serem inversamente proporcionais, quando uma aumenta a outra diminui necessariamente.

As perguntas que apresentaram uma correlação positiva e as variáveis são diretamente proporcionais, ou seja, quando uma cresce, a outra também cresce, foram: *Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?, Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida*.

Pode-se afirmar que há no ser humano uma consciência de que o envelhecimento é um processo natural da vida marcado por inúmeras mudanças em vários aspectos social, contudo o que se observa é que mesmo com todos os avanços científicos, tecnológicos e sociais as pessoas ainda não se sentem preparadas para lidar com o fenômeno da velhice, ficando irritados ocasionalmente por sentir que as coisas acontecem fora do seu controle.

Diante do envelhecimento e dos aspectos que este acarreta a presença do estresse pode se fazer mister compreender que o estresse é uma reação do organismo composta por componentes físicos e/ou psicológicos, causados pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. Isto significa que o processo bioquímico do estresse independe da causa da tensão, sendo que o elemento primordial necessário para o seu desencadeamento é claramente a necessidade de adaptação a algum fato ou mudança (LIPP *et al*, 2002).

Em geral, na velhice, as pessoas tendem a enfrentar situações frequentes associadas à saúde, diminuição de suas capacidades, como audição, visão e memória, e problemas sociais, como diminuição

de renda, vivência em ambientes hostis e inadequados, causando diariamente altos picos de estresse. Tais ocorrências alteram significativamente ciclo da vida, podendo ocasionar desequilíbrio emocional, que por sua vez, podem desencadear o surgimento de doenças psíquicas, como a depressão, dificultando o retorno do equilíbrio emocional. Todavia, nem sempre os idosos conseguem criar estratégias para superar e enfrentar essas transições, sucedendo em pensamentos negativos a respeito do controle das ações que os mesmos têm a cumprir. Manter o controle diante de algumas situações pode minimizar o nível de estresse, para isso, os indivíduos necessitam criar mecanismos de adaptação e enfrentamento que reduzam os efeitos do estresse causado pelas circunstâncias comuns à faixa etária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As teorias que tratam de envelhecimento bem sucedido compreendem o idoso como proativo, capaz de regular a sua qualidade de vida através do estabelecimento de metas e do envolvimento com a manutenção do seu bem estar, demonstram também que tais atitudes são desenvolvidas ao longo da vida e não apenas na velhice. Sendo assim, percebe-se que a qualidade de vida reflete a subjetividade de cada pessoa, bem como a sua percepção acerca de aspectos como a autorealização independentemente de seu estado de saúde físico ou das suas condições sociais e econômicas (PEREIRA; COTTA; FRANCESCHINI; RIBEIRO; SAMPAIO; PRIORE; CECON, 2006).

Os dados provenientes deste estudo mostram que o envelhecimento humano acarreta diversas mudanças no indivíduo, e que este processo não acontece de forma homogênea, os hábitos de vida, as crenças e culturas são fatores que contribuem com essa homogeneidade além dos aspectos genéticos e biológicos. No entanto é inevitável que ocorra o declínio cognitivo, as capacidades de memória, concentração e percepção tendem a diminuir com o passar dos anos, evidente que para alguns acontece de forma mais acelerada do que em outros, mas todos os indivíduos que alcançam esta fase serão submetidos a este processo de declínio.

As teorias que explicam as causas do declínio cognitivo descrevem que algumas perdas são inevitáveis, mas que o indivíduo pode

buscar meios que amenizem essas perdas e encontrem estratégias de adquirir novas aprendizagens.

Neste sentido o presente estudo buscou analisar a qualidade do desempenho cognitivo através do teste de RAVLT. Nos resultados encontrados é possível constatar a necessidade de desenvolver atividades que estimulem as habilidades cognitivas para amenizar as perdas relacionadas ao envelhecimento normal destes indivíduos. As atividades servem como um fator de prevenção contra os declínios quando realizadas com frequência.

Quanto ao estresse os resultados obtidos comprovam que as manifestações mais frequentes são as relacionadas a acontecimentos não esperados, contudo a percepção do idoso frente ao declínio cognitivo também pode ser considerada um evento estressante, quando se relacionado à perda de autonomia, independência e até mesmo a exclusão destes indivíduos de eventos sociais.

É importante ressaltar que o declínio cognitivo e o estresse apresentaram uma correlação representativa, sendo assim para promover a qualidade de vida destes indivíduos idosos se faz necessário uma intervenção significativa tendo em vista a aprendizagem ser algo inerente do ser humano. E neste contexto a psicopedagogia surge num âmbito multidisciplinar na constante busca de promover a aprendizagem, tanto na mediação quanto na construção de novos conhecimentos.

O psicopedagogo tem um importante papel nesta mediação, sendo necessário que o seu olhar esteja voltado não apenas para as limitações que o declínio poderá ocasionar, mas favorecer trocas de conhecimentos, evocar as potencialidades e trabalhar as dificuldades de modo que o indivíduo idoso não se sinta limitado ao que aprendeu durante a vida, mas mantenha seus aspectos cognitivos sempre prontos para iniciar novas aprendizagens e alcançar novos horizontes.

Sabe-se que existem Políticas Públicas que asseguram o direito do idoso nos mais diversos aspectos, no entanto se faz necessário que haja uma atenção maior no que diz respeito conservação da saúde mental destes idosos, que os grupos de apoio e assistência social estejam preparados para cuidar dos aspectos físicos e cognitivos e para isso é necessário a presença de profissionais como o psicopedagogo que irá promover oficinas de memória, atividades de atenção e percepção dentre outros aspectos de sua competência.

A presente pesquisa encontrou resultados significativos, no entanto as limitações deste estudo foram o fato da população da amostra ter sido homogênea quanto a termos de escolaridade e gênero. Outro aspecto foi à escassez de literatura científica tanto relacionada ao estresse em idosos, bem como quanto à atuação da psicopedagogia no envelhecimento. Deve-se ressaltar ainda a importância do tema, visto que as funções ligadas ao cognitivo estão diretamente ligadas à qualidade de vida.

Sendo assim, sugerimos novas investigações sobre a temática, sabendo que pesquisas sobre envelhecimento são essenciais, pois esta é uma área da ciência que cresce a cada dia e tem um aspecto multidisciplinar. Espera-se que os resultados apresentados neste estudo sirvam de incentivo para que outros possam ser desenvolvidos buscando sempre alternativas de novas oportunidades de conhecimento e aprendizado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO. M.R.G.L. Velhice e Stress: desafios contemporâneos. Monografia não publicada, UFPB 2001.

BRASIL. **ESTATUTO DO IDOSO**, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

CABRAL, S. P. ; PALITOT, M. D.MEIRELES, J.S. TREINO COGNITIVO E ENVELHECIMENTO: na busca da autonomia dos idosos. In: III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano - **Anais CIEH**. Campina Grande, Editora Realize, 2013. v. 1.

D'ALENCAR, R.S. Ensinar a viver, ensinar a viver a velhice: desafios para a educação de idosos. In: **Estudos Interdisciplinar do Envelhecimento**. v.4. Porto Alegre, 2004.

COTTA, Mariana Fonseca et al . O teste de aprendizagem auditivo-verbal de rey (RAVLT) no diagnóstico diferencial do envelhecimento cognitivo normal e patológico. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 5, n. 1, p. 10-25, jul. 2012. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822012000100003-&lng=pt&nrm-iso>. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.51.02> .

FORTES-BURGOS, A. C. G., NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégia de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia Reflexão e Crítica**. v. 21, n.1, 2008.

FORTES-BURGOS, A.C.G., NERI, A.L. CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos de vida estressante entre idoso brasileiros residentes na comunidade. **Estudos de Psicologia**, v.14, n.1, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060: revisão 2013. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília: 2013.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Brasília: 2019.

LIPP, M. E. N. **Stress conceitos básicos**. Pesquisas sobre o stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus, 1996.

LIPP, M. E. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 28, n.6, 2001.

LIPP. M.E.N. Crianças estressadas. Campinas: 5ª ed. Papyrus, 2008.

MACHADO, L. R.; MAISSIAT, J. ; BEHAR, P.A.; BIAZUS, M. C. V. Pedagogia, Andragogia e Gerontogogia: utilizando objetos de aprendizagem ao longo da vida. Práticas em informática na Educação: **Minicursos do Congresso Brasileiro de Informática na Educação**, v. 1, n.1, 2010.

NUNES, M.V.R.S. **Envelhecimento Cognitivo**: principais mecanismos explicativos e suas limitações. Cadernos de Saúde, v.2, n.2, 2009.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Ministério de Saúde do Brasil, 2001.

PALÁCIOS, J., COLL, C. MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Volume 1, 2ª edição. Porto Alegre: Artemed, 2009.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W e FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

PARENTE, M.A. M.P. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artemed, 2006.

PEREIRA, R.J.; COTTA, RMM; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO R.F.; PRIORE, S.E.; CECON, P.R. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos**. Rev Psiquiatr RS jan/abr; 28(1):27-38, 2006;

PEIXOTO, H.V; DANTAS, M.A; Galvão, M.A; ANDRADE, C.S; PALITOT, M.D. Proposta de intervenção em lar de longa permanência: uma prática psicopedagógica. In: **Políticas de envelhecimento populacional 5** [recurso eletrônico] / Organizadora Sheila Marta Carregosa Rocha. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

POSSAMAI, A.M.P. **Turismo, envelhecimento e estresse**. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Turismo) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul – RS, 2010.

SALTHOUSE. T. A. The Processing-Speed Theory of Adult Age Differences. **Cognition. Psychological Review**, v.103, n.3, 1996.

SANVOZO. C. E. ; COELHO, M. E. C. Estressores e estratégia de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estudos de Psicologia**, v.24, n.2, 2007.

O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA PESSOAS IDOSAS

ROBERTA MACHADO ALVES

Psicóloga. Especialista em Gerontologia e Saúde Mental. Mestra em Saúde Coletiva – UFRN, psirobertaalves@gmail.com

ANA KARINA DA CRUZ MACHADO

Assistente Social. Especialista em Gerontologia e Saúde Mental, karinacruz_rn@yahoo.com.br

JOSÉ WIRVING ARAÚJO DE ALMEIDA

Psicólogo. Especialista em Neuropsicologia Clínica e Terapia Cognitivo-Comportamental, wirving_7@hotmail.com

MARIA IZABEL DOS SANTOS NOGUEIRA

Enfermeira. Especialista em Cuidados com o Idoso. Mestranda em Saúde da Família/RENASF/UFRN, izabelsnogueira@hotmail.com

RESUMO

O envelhecimento ocorre de maneira particular a cada um, que constrói uma maneira singular de compreender e vivenciar sua velhice. Entretanto, a institucionalização tende a refrear seus internos a um estilo de vida de valorização do coletivo perante o individualismo, pautando-se no estabelecimento de regras, na redução da rede social, do trabalho e da independência financeira, que levam a pessoa idosa não só a adaptar-se às mudanças de espaço físico, mas sim desviar o planejamento de sua vida de forma repentina e severa. Deste modo, a pessoa idosa que antes de ser institucionalizada construía seu mundo-vida em meio à sociedade, à família, a um ambiente produtivo e independente, com dinâmicas próprias, necessitará reinventá-lo a partir do momento em que passa a residir em uma ILPI, desconstruindo-o e construindo-o conforme a nova vivência, com o afastamento familiar e social, com a limitação da produtividade, na ausência de perspectivas e segundo a dependência e obediência dos profissionais da instituição. Nesse sentido, esse artigo tem como objetivo refletir sobre o processo de institucionalização em ILPIs para pessoas idosas. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura, de caráter descritivo, com publicações nos últimos 5 anos (2018-2022), com buscas realizadas nas bibliotecas eletrônicas Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos idiomas inglês e português utilizando-se das palavras-chave idoso, instituição de longa permanência e processo de institucionalização. Os principais resultados incluem fatores determinantes na institucionalização da pessoa idosa, entre eles, viuvez, morar sozinho ou ausência de companheiro, ausência de cuidador domiciliar, aposentadoria com rendimento baixo, suporte social precário, aumento de gastos com a saúde, estágios terminais de doença, alto grau de dependência física, necessidades de reabilitação. No contexto do envelhecimento da população brasileira, sem dúvidas, a ILPI ocupa um espaço necessário e relevante na assistência à pessoa idosa, principalmente àquelas com limitado suporte familiar. Entretanto, existem lacunas em sua estrutura e organização que refletem insatisfação das próprias pessoas idosas e até mesmo da sociedade. Conclui-se então urgente e necessário mais estudos que busquem compreender o significado da vivência da pessoa idosa residente em ILPIs, possibilitando ao profissional ampliação

de conhecimento acerca das avaliações clínicas, dos diagnósticos ou às intervenções, tanto quanto na pesquisa, a fim de proporcionar segurança à pessoa idosa e melhorias na sua qualidade de vida uma vez que a prática de intervenções mais assertivas pode promover a proximidade entre pessoas idosas e equipe, bem como o resgate da individualidade desses.

Palavras-chave: Instituições de longa permanência, Idosos, Processo de Institucionalização.

PERCEPÇÃO DE IDOSAS SOBRE A VELHICE: UM ESTUDO EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

DANYELLE GONZAGA MONTE DA COSTA

Doutora em Psicologia Social (UFPB), Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). danymontec95@gmail.com;

MÔNICA DIAS PALITOT

Doutora em Psicologia Social (UFPB). Professora Associada III do Departamento de Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, Coordenadora do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). monica.palitot2@academico.ufpb.br

SUELY MARIA ALVES DE SOUZA

Graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB; Pós-graduanda em Fonoaudiologia no Transtorno do Espectro do Autismo; Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). suelymariads@gmail.com;

FRANCISCO DE ASSIS TOSCANO DE BRITO JUNIOR

Pós-Graduado em Direito Processual Civil (UNIESP), Bacharel em Direito. Procurador do Município de Patos/PB. Membro da Comissão de Advocacia Pública da OAB/PB. Membro da Comissão de Direito Público da OAB-Patos. Membro do Grupo de Pesquisa Aspectos Psicopedagógicos, Psicológicos e Sociais da Aprendizagem (GPAPPSA/UFPB). Atoscano.adv@gmail.com

ORIENTADORA: MÔNICA DIAS PALITOT

RESUMO

O crescimento estatístico da população idosa, evidencia a importância de oferecer políticas públicas que favoreçam as demandas dessa população, bem como propiciar a este grupo espaços e meios para obtenção de uma expectativa e qualidade de vida maior e melhor, nesse sentido os grupos de convivência são essenciais. Este artigo tem por objetivos verificar a compreensão de idosas, participantes de um grupo de convivência do município de João Pessoa, com relação à forma como elas se percebem e como elas entendem que a sociedade percebe a velhice. Participaram 20 mulheres, com idades de 61 a 88 anos. Método: Entrevista Semiestruturada, as respostas foram analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin. Realizou-se análise de conteúdo qualitativa, ao enquadrar as falas do sujeito em categorias e subcategorias. Foram identificadas duas categorias, denominadas: 1) Concepções da aprendizagem na velhice (subdividido em **aspectos físico-orgânicos**; 2) **aspectos psicoafetivos**; 3) **aspectos do comportamento como motivadores ou não da aprendizagem** e 4) **auto-percepção**); 2) Condições Biopsicossociais na Velhice (subdividido em: 1) **Aspectos físicos**; 2) **alterações psicológicas**; 3) **relações sociais** 4) **mudanças de comportamento** e 5) **percepção social acerca do idoso**). Foi possível perceber que os grupos de convivência para a pessoa idosa são agentes positivos no desenvolvimento social, cognitivo e emocional e que inserção de idosos contribuem com o grupo e com a sociedade, demonstrando que os saberes estão presentes nas várias fases da vida não sendo diferente na velhice.

Palavras-chave: Velhice, Grupo de Convivência, Percepções.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, iniciado nos países desenvolvidos, é hoje considerado um fenômeno mundial e alguns fatores contribuíram para o aumento desta população, dentre esses: a diminuição da mortalidade, os avanços científicos e tecnológicos, a melhoria na qualidade de vida decorrente da alimentação, exercícios físicos, higiene e comportamentos preventivos adequados. Camarano (2004), aborda que o crescimento estatístico da população devido a dois processos principais: o primeiro está relacionado à alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, enquanto a segunda concerne à redução da mortalidade da população idosa.

Devido ao constante declínio da fecundidade e do aumento da longevidade da população brasileira, o país caminhará rapidamente rumo a um padrão etário cada vez mais envelhecido, o que, presumivelmente, implicará em avaliações permanentes das políticas sociais direcionadas para o atendimento das demandas de um contingente de adultos e idosos que crescerá velozmente (UNFPA, 2006)

Dados divulgados sobre o envelhecimento da população pelo Ministério da Saúde Brasileiro (2018) mostraram que em 2016 o Brasil era quinta maior população idosa do mundo, contudo as previsões do Ministério é que em 2030, o número de pessoas na velhice irá ultrapassar o total de crianças entre zero e 14 anos. Ainda nesta vertente, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) estima que até o ano de 2050 o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões o que representará um quinto da população mundial.

Diante desta perspectiva, nota-se a importância de oferecer aos idosos políticas públicas que favoreçam as demandas dessa população, como por exemplo, propiciar aos mesmos espaços e meios para obtenção de uma expectativa e qualidade de vida maior e melhor, respectivamente.

No Tratado de Geriatria e Gerontologia (FREITAS et al, 2013) preceitua que o estado de saúde do idoso perpassa questões biológicas e controle de doenças crônicas, para eles, o foco a melhora na qualidade de vida, portanto os fatores físicos, funcionais, psicológicos e circunstâncias socioeconômicas e ambientais fazem a diferença quanto ao bem estar do idoso/a.

Embora a população idosa esteja aumentando a cada ano, ainda é bastante comum observar que envelhecer é motivo de desconforto e até mesmo um tabu para uma parcela considerável da população, principalmente no Ocidente. A tal ponto que em 1969 o gerontologista Robert Butler criou o termo Ageism (Etarismo), para definir uma forma de intolerância relacionada com a idade. Este termo é ampliado por Paltrow em 1999, para definir o preconceito ou discriminação contra ou a favor de um grupo etário, mas, no Brasil, o conhecimento a respeito deste tema ainda é bastante incipiente.

Com o aumento da expectativa de vida, se torna essencial que as pessoas tenham uma velhice com qualidade, para isto se faz necessário que existam políticas públicas efetivas que garantam o direito a saúde, trabalho, educação, assistência social, habitação, meios de transporte, cultura, esporte e tudo o mais que se faça necessário para uma vida com dignidade, tal como preconiza o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, sancionados em 1994 e 2003, respectivamente (PARADELLA, 2017).

Ademais, a Constituição Federal de 1988 preconiza, em seu artigo 230 e parágrafos, que é dever da família, do Estado e de toda a sociedade assegurar os direitos básicos aos idosos, tais como dignidade, bem-estar, inclusive a com sua efetiva participação na comunidade e à vida, além dos demais direitos esculpidos no texto constitucional, segue:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Neste diapasão, o Legislador ordinário, devendo obediência aos ditames da Constituição Federal, instituiu o Estatuto do Idoso - Lei n 10.741/03 - que regula os direitos daquelas pessoas com 60 (sessenta) anos de idade ou mais. É importante ressaltar que o Estatuto

ampliou a relação de direitos explícitos à pessoa idosa, como se pode observar, por exemplo, nos artigos 02° e 03°, *ex vi*:

Art. 2o O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

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.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2015) demonstra através de relatório mudanças que ocorrem nesta etapa do desenvolvimento humano, são elas:

No nível biológico diz que “[...] o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares [...]” (Idem, 2015, p. 12). E acrescenta que com a perda gradativa de reservas fisiológicas, devido aos danos causados pelo processo de envelhecer, o risco de adquirir outras patologias e o declínio nas habilidades naturais cognitivos, se torna possível. Destaca que mudanças físicas não seguem uma continuidade e efeitos padronizados no sentido geral, elas são vagamente ligadas à idade de um indivíduo em anos (Idem, 2015).

Desta forma através do ‘Relatório Mundial sobre Saúde e Envelhecimento, foram sugeridos a construção de intervenções que impulsionem um Envelhecimento Saudável, e em cada um dos aspectos sugeridos trabalhar a capacidade funcional, no sentido de incluir a construção ou manutenção da mesma ou, os que têm a capacidade funcional comprometida, se deem a chance de realizar atividades para eles/elas mesmos/mesmas.

Segundo Schneider; Irigaray (2008), para se compreender as caracterizações da velhice se faz necessário realizar vinculações entre as áreas cronológica, biológica, psicológica e social, bem como

observar o contexto cultural onde a pessoa idosa está inserida. Na busca de uma maior compreensão desta fase Palácios (2009), define o envelhecimento de três formas que serão abaixo explicadas: primário, secundário e envelhecimento terciário.

- Envelhecimento primário: se relaciona aos processos de deteriorização biológica, geneticamente programados, que acontecem com todas as pessoas, sejam elas saudáveis ou não;
- Envelhecimento secundário: diz respeito aos processos de deteriorização que aumentam com a idade e estão relacionados com fatores que podem ser controlados, tais como: alimentação, atividades físicas, hábitos de vida e as influências ambientais.
- Envelhecimento terciário, que se trata dos declínios generalizados nas funções psicológicas, à medida que o sujeito se aproxima da própria mortalidade. Ainda segundo o autor, há uma diminuição nas capacidades de adaptação humana e com o tempo todas as habilidades cognitivas irão se deteriorando, ocasionando assim uma descompensação na personalidade, o que torna o ser humano mais vulnerável e fragilizado.

Embora já muito se tenha avançado cientificamente na compreensão do envelhecimento humano, ainda existe na sociedade um conceito previamente construído que a velhice está associada a fatores como doença, debilidade, decorrente na maioria das vezes pelas condições sociais e econômicas desfavoráveis e precárias vividas por uma parcela já idosa da sociedade.

De acordo com D'Alencar(2002) o aumento da população idosa irá requerer uma revisão sobre a percepção da própria velhice como processo, das políticas públicas, das questões referentes à aposentadorias, e, sobretudo, de novas atitudes e comportamentos frente à própria vida.

Zimergman (2007) afirma que a idade avançada implica mudanças, adequadas e gradativas, em aspectos psicológicos, físicos e sociais, variando de acordo com as minúcias de cada sujeito e seu estilo de vida. Zimergman (2007) define o velho de maneira interessante:

Velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua historia genética, da sua parte psicológica e

da sua ligação com a sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi. Se foi um batalhador, vai continuar batalhando, se foi uma pessoa alegre, vai continuar alegrando, se foi uma pessoa insatisfeita, vai continuar insatisfeita, se foi ranzinza, vai continuar ranzinza. (ZIMERGMAN, 2007. p. 20).

Outra possível definição para velhice é que é um processo dinâmico e progressivo iniciado desde a concepção, em que acontecem mudanças estruturais, funcionais, psicológicas e bioquímicas determinantes da diminuição da habilidade adaptativa ao meio, causando maior vulnerabilidade e maior ocorrência de doenças. É natural que o sujeito envelheça organicamente, embora não ocorra em mesma extensão ao psicológico (REZENDE, LIMA E REZENDE, 2009).

Envelhecer não é definido apenas pela cronologia, mas pelo estado físico, mental e de saúde da pessoa, é parte do ciclo da vida e é composto por várias alterações que levam o indivíduo a um progressivo e irregressível abalo orgânico. É também um procedimento influenciado pela hereditariedade, meio ambiente, alimentação, estilo de vida e outros fatores condicionados pela cultura ao qual a pessoa em questão pertence, indicando que envelhecimento é diferenciado e pessoal.

Tal interação assinala para a relação e soma de vários processos que abrangem os aspectos biopsicossociais da pessoa mais velha (MACIEL E GUERRA, 2007; MORI E COELHO, 2004; REZENDE, LIMA E REZENDE, 2009). Compõem os aspectos biopsicossociais aqueles fatores que em interação influem na qualidade de vida dos idosos. Pode-se, a nível didático, agrupar os fatores em três aspectos: físico ou orgânico; psicológico e emocional; e o social, cultural ou contextual (ZIMERGMAN, 2007; MACIEL E GUERRA, 2007).

Diante de uma população cada vez mais envelhecida, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não só quantidade, mas também qualidade dos anos a mais que estão sendo vivenciados. É daí que emerge a força do debate acerca do conceito de *qualidade de vida* (SEIDL; ZANNON, 2004).

Vale salientar que a preocupação atual com questões sobre o referido termo surge no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de doenças, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim sendo, tal conceito é tratado não só como

sinônimo de saúde, mas também sob uma ótica mais abrangente, na qual a condição de saúde seria um dos aspectos a serem considerados, e não o único ou primordial (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Então, o que seria de fato qualidade de vida? Trata-se, pois, de um termo utilizado tanto no senso comum quanto em contexto de pesquisas científicas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Em diversos estudos (NOBRE, 1995; MINAYO, 2000; PEREIRA et al., 2012) aparece como sendo uma noção eminentemente humana, que leva em consideração o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social ou ambiental de qualquer indivíduo, bem como a sua própria estética existencial. Também trata do bem estar, felicidade ou desempenho de suas funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade familiar, do trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence, refletindo conhecimentos, experiências e valores pessoais. É, enfim, o que cada um de nós pode considerar como importante para viver bem. Percebe-se, então, que a visão de qualidade de vida vai variar de pessoa para pessoa, sendo também um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária ou de aspirações pessoais do sujeito.

As teorias que tratam de envelhecimento bem-sucedido enxergam o idoso como proativo, capaz de regular a sua qualidade de vida através do estabelecimento de metas e do envolvimento com a manutenção do seu bem estar. Ressaltam que tais atitudes são construídas ao longo dos estágios anteriores do seu desenvolvimento e não apenas na terceira idade (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003). Sendo assim, percebe-se que a qualidade de vida reflete a subjetividade de cada pessoa, bem como a sua percepção acerca de aspectos como a autorrealização independente de seu estado de saúde físico ou das suas condições sociais e econômicas (PEREIRA; COTTA; FRANCESCHINI; RIBEIRO; SAMPAIO; PRIORE; CECON, 2006).

De acordo com Pereira et al (2006), as teorias que abordam o envelhecimento bem sucedido percebem o sujeito idoso como proativo, capaz de regular a sua qualidade de vida através do estabelecimento de metas e objetivos, e do compromisso com a manutenção do seu bem estar. Afirmam também que estas atitudes são desenvolvidas no decorrer de toda a vida e não apenas na velhice, bem como percebe-se que a qualidade de vida reflete a subjetividade de cada pessoa, bem

como a sua percepção acerca de aspectos como a autorrealização independentemente de seu estado de saúde físico ou das suas condições socioeconômicas.

Faz-se essencial perceber a pessoa idosa como sujeitos cognoscentes, capazes de aprender, e assim como em qualquer outra fase do desenvolvimento humano estará suscetível a possíveis defasagens no processo de aprendizagem, mas também de potencialidades. Desta forma é cada vez mais importante valorizar as experiências de vida do idoso, seu potencial e suas perspectivas de mundo, para que haja a estimulação das suas habilidades.

Várias áreas das ciências tem contribuído para a compreensão do processo de aprendizagem na velhice, as pesquisas nas áreas da saúde tem promovido conhecimentos sobre os processos de saúde/doença e formas de prevenção e tratamento nas suas mais diversas esferas; e a educação também tem assumido um papel essencial quanto a valorização do idoso e sua inclusão na sociedade, pois favorecerá a ampliação da suas relações interpessoais, o que irá interferir positivamente na melhora da sua autoestima e conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida.

Ratificando este pensamento Ramos (2012) afirma que se não for conhecido o potencial dos que estão envelhecendo e se nada for feito para propiciar o seu constante desenvolvimento intelectual, o futuro será pouco motivador para a geração vindoura, ou seja, não serão vividas as últimas etapas da vida do ser humano.

Diante de tudo isso se torna cada dia mais urgente ressignificar esta fase da vida, pois assim como as demais fases do desenvolvimento humano, a velhice é repleta de possibilidades de crescimento e de aprendizagens. Nesta vertente, a participação das pessoas idosas em grupos de convivência evidencia a importância deste espaço para estimular, tanto na pessoa, quanto na sociedade, na comunidade em que ela vive, mudanças comportamentais diante da situação de preconceito que possivelmente venha a existir nesta relação.

Grupo é definido como uma reunião de duas ou mais pessoas, que tenham impressões recíprocas; criem um conjunto de normas para seu funcionamento; desenvolvam metas e ações coletivas; e encontrem sentido de coesão para que cada um se sinta responsável pelo que constitui o grupo. Faz-se necessário que as pessoas pensem em

si mesmas e sejam percebidas pelos outros, como entidade distinta de todas as outras coletividades, objetivos e interesses comuns, num intercâmbio social, cognitivo e afetivo. (HARTFORT,1983),

No Brasil os grupos de convivência de idosos tem a sua formação na década de 70, quando em São Paulo, o Serviço Social do Comércio (SESC) deu início a um programa para a velhice. Desde então, os grupos de convivência de idosos vem tendo ampliado as suas ações em clubes, paróquias, associações comunitárias, centros de saúde e instituições de ensino superior. Segundo Oliveira;Cabral (2004) Grupos de Convivência (GCs) são percebidos como oportunidades para a socialização de pessoas acima dos 60 anos de idade. Também são conhecidos como: *centros de vivência, clubes ou grupos da terceira idade/de idosos.*

Os grupos de convivência tem tido um papel importante na população idosa, pois estes grupos tem por objetivo desenvolver diversas atividades que irão propiciar o desenvolvimento de um envelhecimento saudável. E, além de terem atividades motoras e cognitivas que promoverão a sua saúde e os manterá ativos, também estimularam as a integração social, e ao interagirem umas com as outras será propiciado o estabelecimento de vínculos sociais e afetivos, em uma fase da vida em que muitos se sentem solitários e excluídos.

De acordo como Ferrari (2002), esses grupos facilitam relações interpessoais, monitoramento de direitos, desempenho de papéis sociais, estratégias para lidar com sofrimentos (físico, psicológico, social), desenvolvimento da criatividade, aprendizagem de novas habilidades (ou retomada de outras) e colaboram na adaptação saudável à velhice.

De acordo com Sousa et al (2003) os idosos buscam a princípio, nesses grupos, melhoria da saúde física e mental. À posteriori, outras necessidades vão surgindo, e as atividades de lazer, como viagens, também ganham espaço, além do desenvolvimento de outras atividades, sempre promovendo atividades ocupacionais e lúdicas.

Encontra-se presente nos grupos de vivência para idosos a percepção e conhecimento que uma boa qualidade de vida está diretamente interligada com a autoestima e ao bem-estar, e esses fatores estão associados à boa saúde física e mental, a hábitos saudáveis, a lazer, à espiritualidade e principalmente à manutenção da capacidade funcional do indivíduo.

Analisando o contexto do envelhecimento populacional no Brasil, principalmente a partir da década de 90, surgiram mobilizações de órgãos governamentais e de segmentos da sociedade civil, que resultaram na Política Nacional do Idoso e, posteriormente, no Estatuto do Idoso.

Como implementação dessas leis encontra-se a estratégia do atendimento por meio de centros de convivência, que consistem em atividades que visam o fortalecimento de atividades associativas, produtivas e de promoção da sociabilidade, contribuindo para a autonomia e a prevenção do isolamento social nas pessoas idosas.

Segundo Toscano; Oliveira (2009), os grupos de convivência oferecem atividades para estimular a melhoria do nível cognitivo, e estas podem ocorrer através de atividades manuais, artesanais, culturais, artísticas e da efetivação de técnicas de animação grupal e da dança. Dessa forma, o grupo oferece à pessoa idosa um aumento importante no suporte social.

Corroborando este pensamento Almeida et al. (2010), afirmam que os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social. Este fator influencia diretamente na continuidade dos idosos nos programas e proporciona mudanças positivas que em suas vidas.

O presente artigo tem por objetivos verificar a compreensão de idosas, participantes de um grupo de convivência, com relação à forma como elas se percebem e como elas entendem que a sociedade percebe a velhice. Participaram da pesquisa 20 mulheres, com idades variando de 61 a 88 anos, participes de um Grupo de Convivência no município de João Pessoa. Como método foi aplicado uma Entrevista Semiestruturada, em que as respostas foram analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin.

A seguir serão apresentadas a metodologia utilizada, os resultados e discussão dos mesmos.

METODOLOGIA

Local da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em um Grupo de Convivência de idosas no município de João Pessoa/Paraíba.

Amostra

Participaram da pesquisa 20 idosas do município de João Pessoa entre 61 e 88 anos. A amostra foi escolhida por conveniência e com a condição de que não apresentassem patologias que comprometessem a cognição, tais como: Alzheimer ou demências.

Instrumento

O presente estudo consistiu na aplicação de uma entrevista semiestruturada, contendo 10 questões abordando a auto-percepção da velhice e a percepção social da velhice.

Para interpretação dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin.

Procedimentos

Inicialmente foi realizado o contato com o grupo de convivência e solicitado à coordenação a realização da pesquisa. Após a anuência, entrou-se em contato com as participantes afim de explicar as questões éticas e os procedimentos a serem realizados no presente estudo. As idosas foram informadas sobre a finalidade da pesquisa e sobre a realização da entrevista. A coleta de dados ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética do CCS/UFPB, N°439.934. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada entrevista durou em média 20 minutos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil da amostra é de mulheres com idades variando de 61 a 88 anos, todas aposentadas, com escolaridade variando de ensino fundamental a superior (30% ensino fundamental; 55% ensino médio e 15% nível superior). Com relação ao estado civil, 20% nunca casou, 60% casada e 20% viúva. 70% tem de 1 a 4 filhos e 30% não tem filhos.

Na análise dos dados foi realizada a análise de conteúdo qualitativa, ao enquadrar as falas do sujeito em categorias e subcategorias e, em seguida, a análise de conteúdo quantitativa, através do cálculo das frequências e porcentagens das unidades temáticas em suas respectivas categorias e sub-categorias. Ao ser realizada a análise de conteúdo foram identificadas duas categorias, denominadas: 1) Concepções da aprendizagem na velhice 2) Condições Biopsicossociais na Velhice.

A 1ª categoria nomeada **concepções da aprendizagem na velhice** foi subdividida em quatro subcategorias:

- 1) **aspectos físico-orgânicos**, no qual as respondentes colocaram as suas dificuldades no âmbito fisiológico para terminar o raciocínio, relembrar os fatos e o cansaço proveniente deste esforço (*"até pra pensar tá difícil", "minha memória tá fraca", "a memória não serve mais pra nada", "esqueço rápido das coisas"*);
- 2) **aspectos psicoafetivos**, relacionados as emoções e afetos (*"me sinto triste"; "não tenho muita paciência para fazer as coisas", "me sinto sozinha", "me acho cada dia mais feia", "odeio ficar velha", "a sorte é que tenho minhas amigas aqui pra me ensinar muita coisa" (sic)*);
- 3) **aspectos do comportamento como motivadores ou não da aprendizagem** (*"queria voltar a estudar", "gosto de conversar e acho que seria bom voltar a estudar", "não tenho mais paciência pra isso não", "vixe! Tô velha pra isso", "aqui eu aprendo muito"*) e
- 4) **auto-percepção** (*"na minha idade não aprendo mais nada", "me acho cada dia mais feia", "se não aprendi quando era nova, agora é que não consigo", "seria interessante voltar a estudar, sempre gostei de ir à escola."*).

Já a 2ª categoria denominada **condições biopsicossociais na velhice** foi subdividida em cinco subcategorias:

- 1) **Aspectos físicos** (*"gosto de andar", "me sinto fraca", "tô (sic) ficando esquecida", "durmo pouco, fico cansada", "gosto demais de dançar", "queria ter dinheiro pra viajar", "gosto de andar na praia", "no frio dói tudo", "gosto de costurar, mas a vista(sic) já não deixa", "depois que operei a catarata estou vendo melhor", "estou um pouco surda"*);
- 2) **alterações psicológicas** (*"às vezes me sinto só e triste", "quando minha filha vem me visitar fico feliz", "estar aqui me deixa feliz", "não gosto de ficar só", "quando vou para a igreja me sinto bem", "gosto de ajudar", "fico feliz quando tenho com quem conversar"*);

- 3) **relações sociais** (*"ah!eu danço todo sábado","tenho muitos amigos", "venho para o grupo sempre que posso, me faz bem", "adoro contar piada e rir com minhas amigas", "em casa fico muito só", "queria ver meu filho mais vezes", "tenho minhas amigas aqui e na igreja", "converso em todo canto, até em fila", "esse grupo é maravilhoso"*) e
- 4) **4) mudanças de comportamento** (*"antes eu saia muito, hoje fico mais assistindo tv", "quando eu podia dirigir eu saia mais", "se ficar muito tempo em casa fico triste", "já não posso dançar como antes, mas danço do jeito que dá", "passo um tempo jogando no celular, mas dói os dedos"*), tendo maior prevalência de respostas a relacionada às questões físicas. **percepção social acerca do idoso** (*"os jovens pensam que agente não serve mais pra nada", "os jovens, mas também muito velho, pensa que nós não serve mais pra nada (sic)", "a sociedade não dá atenção aos velhos", "acho que agente ainda tem muito o que viver", "o povo acha que o velho é pra ficar em casa, mas eu gosto de sair, me divertir", "tô paquerando, tem gente que acha que velho não namora(risos)", "aqui é tão bom que nem sinto o tempo"*)

Pode-se perceber através da fala das idosas entrevistadas que é preciso trabalhar principalmente a autoestima e os fatores emocionais para que haja um incentivo, uma motivação para viver e para novas aprendizagens.

Faz-se essencial a ressignificação do ser velho em nossa sociedade e, sobretudo, estimular o autoconhecimento e a autoestima, que por vezes são perdidos ao longo da vida.

Pode-se verificar também, que apesar das limitações muitas vezes existentes na velhice, está presente na fala delas a vontade de viver, de participar da vida em sociedade. Essas limitações advindas do envelhecimento está muito relacionada a história de vida da pessoa, de uma alimentação deficitária, do sedentarismo, ou de questões hereditárias que podem propiciar o surgimento de patologias na velhice. (PAPALIA, 2013)

A presente pesquisa demonstrou a presença de sentimentos e perspectivas positivas relacionadas a aprendizagem e aos grupos de convivência que as idosas fazem parte, onde o mesmo traz

contribuições significativas para fatores como o desenvolvimento e interação social, desenvolvimento cognitivo, ressignificação da velhice, autonomia, autoestima e autoconhecimento.

Ao contrário do que se pensa a velhice não é uma fase estática onde os idosos vivem sedentários e imersos nas inseguranças que o envelhecimento carrega consigo, segundo Palácios (2004), o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo nem está associado à existência de uma doença.

Neste sentido, Erbolato (2006), afirma que os grupos de convivência não são somente um local de reunião de pessoas idosas interagindo, mas um sistema diferenciado que promove aprendizagens e mudanças nos participantes. A interação social e o compartilhamento de vivências entre os idosos, possibilitados pelos grupos de convivência, proporciona conhecimentos e compreensão dos aspectos vividos na velhice.

De acordo com Pereira et al (2011), os grupos de convivências existem no Brasil como uma forma de organização social de idosos e estes podem existir em bairros, clubes, associações e igrejas. Há para estes grupos organizados apoio e incentivos do poder público através das secretarias de Assistência Social dos Estados e municípios.

De acordo com artigos disponíveis nas bases de dados Scielo e Lilacs, no que tange ao perfil dos grupos de convivência, estes são na sua maioria, compostos por pessoas do sexo feminino. Segundo Araújo (2003), isso pode estar relacionado com as condutas de comportamento menos agressivas, também ao fato de uma menor exposição a riscos no ambiente e, diante de problemas de saúde, elas ficam mais atentas e procuram os serviços de saúde disponíveis, ou seja, a busca pela prevenção e tratamento são atitudes comuns às mulheres e se mantêm na velhice.

Corroborando com resultados apresentados em artigos publicados no Brasil, entre os anos de 2015 a 2021 sobre grupos de convivência para idosos, observou-se que, assim como os resultados ora presentes, os participantes tinham idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, tendo como maior prevalência o estado civil casado e de raça/cor branca, embora não tenha sido verificado a questão cor/raça na presente pesquisa e do sexo feminino.

Com relação ao nível de escolaridade, a porcentagem dos artigos verificados indica que a maioria concluiu ao menos o ensino médio, o que também está de acordo com os dados da presente amostra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível observar ao longo do presente artigo que o envelhecimento com qualidade requer um estilo de vida saudável ao longo da vida afim de amenizar os efeitos do declínio

cognitivo e de outros processos construídos ao longo do tempo e que podem impactar negativamente os idosos.

A Organização Mundial de Saúde – OMS – (2015) ressalta que um envelhecimento saudável vai além da ausência de doenças, ou seja, recai em mantê-los ativos através de práticas funcionais no dia a dia, para isso é necessário adaptações e investimentos, como também um Sistema de saúde pautado em novos modelos de atenção integrada e direcionado para as necessidades da população idosa.

A partir dos objetivos propostos foi possível perceber que os grupos de convivência para a pessoa idosa é um agente positivo no desenvolvimento social, cognitivo, emocional das mesmas. Observa-se a importância e a necessidade desses grupos para inserção de idosos, trazendo contribuições não só para o grupo, mas também para a sociedade como um todo, demonstrando que os saberes estão presentes nas várias fases da vida não sendo diferente na velhice.

Percebe-se a necessidade de manter o idoso cada vez mais ativo e participante da vida social e familiar, para que possam vivenciar o seu envelhecimento com o mínimo de sofrimento e favorecendo estímulos à qualidade de vida.

A manutenção de um estilo de vida saudável, e a aceitação da velhice como uma fase do desenvolvimento tão boa e natural como as demais são essenciais para a auto-percepção do estar velho/a como algo positivo, como uma fase que pode propiciar aprendizagens e felicidade. Faz-se urgente a construção de uma cultura em que a pessoa velha seja valorizada e inserida, que ela se sinta importante e capaz de contribuir para família e nos círculos sociais que participa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. S.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M.; Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia - GO. **Revista da UFG**. v. 5, n. 2, p. 5, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.html>. Acesso em 2 de maio de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2018.

_____. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro, setembro de 2004.

ERBOLATO, R. M. P. L. Relações Sociais na Velhice. In: FREITAS, E. V. F.; LÍGIA P. Y.; FLÁVIO, A. X. C.; JOHANNES, D.; MILTON, L. G. **Tratado de geriatria e gerontologia**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2006.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In M. P. Netto (Org.), **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada** (pp. 98-105). São Paulo: Atheneu, 2002.

FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. **Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos**. Rev Bras Epidemiol; 10(2): 178-8), 2007

MINAYO, M.C. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):7-18, 2000

MORI, M.E.; COELHO, V.L. D.. **Mulheres de Corpo e Alma:** Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. Psicologia: Reflexão e Crítica; 17(2), pp.177-187, 2004

NOBRE, M.R.C. **Qualidade de Vida.** São Paulo, Arq Bras Cardiol volume 64, (nº 4), 1995 PALACIOS, C. J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva.** v.1, n. 2. Porto Alegre: Artmed, 2004.

OLIVEIRA, M.;CABRAL, B. O lazer nos grupos de convivência para idosos: prática renovada de sociabilidade. In **Anais do 7º Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica & 4º Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação** (pp. 1632-1638). São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, 2015.

PALMORE, E. B. **Ageism:** Negative and positive. Springer Publishing Company, 1999.

PAPALIA, Diane E. ; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano.** Tradução: Carla Filomena Marques Pinto Vercesi et.al. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARADELLA, R. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencianoticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017> Acesso em:10 de maio de 2022.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. **Qualidade de vida:** abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun, 2012

PEREIRA, R.J.; COTTA, RMM; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO R.F.; PRIORE, S.E.; CECON, P.R. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos.** Rev Psiquiatr RS jan/abr; 28(1):27-38, 2006;

PEREIRA, K.C.R; ALVAREZ, A.M; TRAEBERT, J.L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Rev. Brasileira De Geriatria e Gerontologia**. RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):85-95. ISSN (Versão impressa): 1809-9823

REZENDE, M.C.M.; LIMA, T.J.P.; REZENDE, M.H.V. **AIDS na terceira idade: determinantes biopsicossociais**. Estudos, Goiânia, v. 36, n. 1/2, p. 235-253, jan./fev. 2009

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- abr, 2004;

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D.. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública** , 37(3), 364-371, 2003.

UNFPA - **Fundo de População das Nações Unidas** – Rio de Janeiro, 2006. Disponível:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_unfpa.pdf . Acesso: 05 de maio de 2022.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: Aspectos Biopsicossociais** – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Arned, 2007.

PROCESSO DE RESTAURAÇÃO DA DIGNIDADE DE UMA VIÚVA POBRE NO RETORNO À SUA TERRA NATAL

VERA LÚCIA BARRETO MOTTA

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo descrever o processo de restauração da dignidade de uma viúva pobre e idosa no retorno a sua terra natal. A história de Noemi encontra-se no livro de Rute (Bíblia Sagrada). Ela morava em Belém de Judá com seu marido Elimeleque e seus dois filhos, e que devido a seca e fome local, mudaram-se para Moabe. Elimeleque morre, e depois os filhos. Noemi fica viúva e desamparada, com suas noras Rute e Ofra, e decide voltar para Belém. Rute a acompanha e ali se inicia o processo de restauração de Noemi. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica e exploratória, tendo como fontes o Livro de Rute, e em livros, *sites*, e artigos publicados em plataformas digitais. O Referencial Teórico abordou o contexto da história de Noemi; Os Impactos do luto no idoso; O regresso de Noemi e Rute para Belém, e o processo de restauração da vida de Noemi. Os Resultados demonstraram que o luto de Noemi foi difícil, mas ela superou as suas etapas, e que ela ainda tinha autonomia e esperança para começar uma nova vida. Concluiu-se que Noemi fez a melhor escolha em retornar para Belém, pois foi possível através da Lei do Levirato ter os seus bens restaurados, viver novamente em família, e ter um neto que daria continuidade ao nome da sua família. Foi uma restauração total da sua dignidade e autonomia, através de sua nora Rute, que a abraçou, apoiou, e sustentou, e que também foi abençoada.

Palavras-chave: Idosos, Luto, Restauração, Família, Nora.

INTRODUÇÃO

O livro de Rute é um dos livros históricos da Bíblia Sagrada. Era o tempo dos Juízes de Israel, um tempo difícil, sem liderança, pois o povo que havia enfrentado o deserto por quarenta anos liderados por Moisés após a saída do Egito, onde tinham permanecido por mais de 400 anos como escravos, em busca de Canaã, a Terra Prometida por Deus aos Hebreus, depois da morte de Moisés foram liderados por Josué, na conquista da terra, e depois de Josué estiveram sob a liderança de Juízes.

Nesse tempo era cada um por si, o que levou o povo a anarquia, desordens, corrupção, divisões e guerrilhas entre as tribos, e o afastamento de Deus, a chegada de uma seca, e conseqüentemente a fome em toda aquela região que dependia totalmente das condições climáticas, pois a agricultura e a pecuária eram as principais fontes de alimentação.

Nesse contexto, se passa a história de Noemi e de Elimeleque seu marido, que decidiu fugir da seca e da fome, para habitar com a sua família entre os moabitas, mas encontrou a morte, deixando Noemi viúva, mas também morreram os seus dois filhos Malom e Quiliom. Resta da família de Noemi somente as duas noras moabitas. Noemi fica desolada, desamparada e pobre, mas ficou sabendo que a situação em Belém tinha melhorado, e resolve voltar para a sua terra.

Com base nessas considerações, surge as seguintes questões: Como Noemi enfrentou o luto pela perda do marido e dos filhos? Como foi a volta de Noemi à Belém? Foi possível para ela restaurar os seus bens e a sua dignidade? No sentido de responder a esses questionamentos, definiu-se o objetivo deste estudo: Descrever o processo de restauração da dignidade de uma viúva pobre e idosa no retorno à sua terra natal.

Para atingir o objetivo foi realizada uma pesquisa bibliográfica, tendo como base o Livro de Rute (Bíblia Sagrada) considerando que a personagem Noemi foi uma figura importante no contexto da narrativa histórica, e em livros, sites, e artigos científicos publicados em plataformas digitais que focaram os temas estudados.

Este trabalho apresenta três capítulos principais: O primeiro, o Referencial Teórico, onde se abordou: O Contexto da Estória de Noemi;

Os impactos do Luto no Idoso; O Regresso para Belém; e O Processo de Restauração de Noemi. Segue-se com os Resultados e Discussões, finalizando com as Considerações Finais.

A relevância deste trabalho está em se estudar personagens bíblicos, no caso idosos, que poderão servir como exemplos de atenção aos direitos dos idosos, da importância da família e dos valores familiares para a valorização da dignidade do idoso, dos aspectos culturais e históricos, entre outros. O interesse da pesquisadora por este estudo, deve-se a sua formação e atuação na área da Teologia, e por liderar um grupo de pesquisa sobre a Terceira Idade: comportamento, saúde, gênero e estilo de vida dos idosos, cujos pesquisadores têm publicado livros, artigos, e outros trabalhos com foco nesse segmento.

METODOLOGIA

Adotou-se para este estudo a pesquisa bibliográfica, de acordo com Severino (2007) que afirma: "O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos." (SEVERINO 2007, p. 122).

Em relação aos objetivos é uma pesquisa exploratória, que "... busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto." (SEVERINO, 2007, p. 123).

A base da pesquisa está no livro de Rute, um dos livros históricos da Bíblia Sagrada, e seguiu-se em livros, sites, artigos, e outras fontes bibliográficas, pertinentes aos temas estudados.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. O Contexto da História de Noemi

O livro de Rute no seu primeiro capítulo (RUTE 1 – NVI) apresenta a história de Elimeleque, que morava em Belém de Judá e que foi com sua família para a terra de Moabe na tentativa de uma melhoria de vida devido à seca e a fome.

Como afirma Mathews (2016), ele deixou de confiar em *Jeovah-Jiré* (o Deus da provisão) para habitar no meio dos Moabitas, que

adoravam o deus Quemos. Ele deixou o Deus conhecido, para ficar no território de um deus desconhecido, deixando para trás as suas origens, para tentar sobreviver em outra realidade. Elimeleque pensava que estaria seguro em Moabe, pois lá não havia seca, e que não morreria de fome, mas encontrou a morte, e também morreram os seus filhos Malon e Quiliom. Da família de quatro membros emigrantes que foram para Moabe, restou somente uma pessoa: a viúva Noemi, agora com duas noras Moabitas.

Morreu Elimeleque, marido de Noemi, e ela ficou sozinha, com seus dois filhos. Eles se casaram com mulheres moabitas, uma chamada Orfa e a outra Rute. Depois de terem morado lá por quase dez anos, morreram também Malom e Quiliom, e Noemi ficou sozinha, sem os dois filhos e o seu marido. (RUTE 1:3-5).

2. Impactos do Luto no Idoso

O luto pode trazer grande impacto emocional e psicológico no idoso, pois as perdas não são somente da pessoa amada, mas das mudanças pessoais e sociais consequentes. Como explicam Horácio e dos Santos (2020) citando Arantes (2016): "O processo de luto se inicia com a morte de alguém que tem grande importância na nossa vida. (...) Quando o vínculo rompido era feito de amor genuíno, então temos muita dor..." (ARANTES, 2016, p 134).

Quando se trata da morte de filhos com pais vivos, essa dor se apresenta ainda maior, como Oliveira e Lopes (2008) relatam de que é mais difícil lidar com a morte quando se conviveu com a pessoa, e de que o luto é ainda mais intenso para aqueles que não só conviveram com o falecido, mas que também eram seus progenitores.

Cavalcanti (2021) diz que o luto pode ser compreendido como uma reação à perda, e não somente de um ente querido, mas de qualquer coisa que foi perdida e que tem o mesmo valor de uma morte no seio da família. A perda de bens ou do sustento após a morte de uma pessoa da família é um exemplo de valor perdido que pode aumentar a dor do luto.

Autores que abordam o luto, afirmam que o processo passa por diversas fases. As cinco mais citadas são: 1. Negação, 2. Raiva, 3.

Barganha, 4. Depressão e 5. Aceitação. Essas fases podem se manifestar de formas variadas e não necessariamente na ordem citada. Geralmente são ainda mais complexas no idoso pelas limitações e contextos vivenciados na idade.

Horácio e Dos Santos (2020) com base em diversos autores, relatam essas cinco fases do luto:

A primeira fase é da negação, e do isolamento, quando o enlutado recebe a notícia da morte do ente querido, ainda acreditando que não é verdade, que foi um engano, e age com a negação, como um mecanismo de defesa em relação às emoções e angústias, com o objetivo de amortecer o impacto da notícia da morte, até que venha a se acostumar com o fato real.

Na segunda fase, há um sentimento de Raiva, o enlutado demonstra a revolta que está sentindo pela perda, o que pode gerar ressentimento e inveja, com argumentações do tipo: - Por que aconteceu comigo e não com outros? É uma fase difícil, com lembranças do cônjuge, da falta da presença, da insônia, inquietação e até culpa, com o intuito de compreender a morte.

Em relação ao sentimento de luto, Cavalcanti (2022) explica que esse sentimento tem como característica o rompimento do elo entre uma pessoa e o objeto do luto, e no caso de Noemi, do marido e ainda dos filhos, o que torna o processo ainda mais difícil, para uma pessoa idosa:

O idoso pode ter dificuldades para vivenciar o processo do luto por vários motivos, estando entre eles a inabilidade em falar sobre a dor relacionada à perda (...) A velhice, que normalmente é reconhecida como a fase da sabedoria e do amadurecimento, (o que favoreceria melhor essa vivência) se apresenta como a fase de pouca disponibilidade para a elaboração da perda... (CAVALCANTI, 2022, p. 5).

A terceira fase, a da Barganha, há uma tentativa de negociar ou adiar os temores diante da morte, buscando ajuda através da fé em alguma divindade, ou de pessoas influentes que, no entendimento do enlutado, tenham algum poder de intervenção na morte, na tentativa de querer livrar da morte a si e a algum familiar ou pessoa querida.

A quarta fase, a Depressão, surge quando o enlutado não consegue mais negar que precisa ser curado das emoções, da tristeza e da

solidão, e de como compreender a causa, entendendo que não há mais nada a fazer, restando somente a saudade. É nessa fase que o enlutado precisa de atenção e diálogo com os que estão ao seu redor.

(...) o enfrentamento do luto na velhice é um processo que o idoso tem grande dificuldade para aceitar. Mediante a falta é preciso que ele consiga ressignificar e prosseguir com a sua nova rotina de vida sem a presença do seu parceiro, mesmo sabendo que haverá dias que não serão fáceis. (HORÁCIO; SANTOS, 2020, p.

Chegando na quinta fase, da Aceitação, as pessoas se tornam mais tranquilas diante do fato da morte, e conseguem se conformar com a situação, percebendo que já passou o tempo de lamentação, conseguindo se reorganizar e seguir a sua própria vida. Esse aspecto de retomada de uma nova vida por um idoso em luto, é destacado por Cavalcanti (2021):

Na vivência do luto, é fundamental que, em alguma medida, o enlutado tenha preservada a autonomia no que diz respeito à condução da própria vida (...) em que novas possibilidades se apresentam e são evidenciadas pela ausência daquele que morreu." (CAVALCANTI, 2021, p. 8).

Demonstrando firmeza de caráter e autonomia, Noemi decide regressar a Belém, de onde partira, buscando preencher o vazio dos que morreram com uma possibilidade de viver os seus últimos dias no meio do seu povo. Ela sabia que estava voltando para o seu Deus: "Quando estamos enfrentando uma situação difícil na vida, não é hora de desfalecer, de afundar, de sucumbir. É hora de confiar em Deus." (GEORGE, 2009, p. 144).

3. O Regresso Para Belém

(BERÇÁCOLA et al, 2020) diz que o primeiro grupo social que o indivíduo interage é antes de qualquer outro o da família. É na família que acontecem as reuniões dos parentes, de tempos em tempos, para se reverem e para contar as novidades sobre cada um. O grupo familiar de Noemi só conta agora com as duas noras, e foi com elas que ela pode se reunir para compartilhar a sua decisão de voltar para

Belém. " ...foi realizada uma reunião diferente. Não foi organizada por ninguém. Não foi para comemorar um evento feliz. Não foi aguardada com alegria. Ao contrário, foi uma reunião realizada por necessidade." (GEORGE, 2009, p. 145).

Chega o momento de partir, e as noras decidiram acompanhá-la na viagem. Não querendo ser egoísta, Noemi falou com elas que voltassem para suas famílias, se casassem novamente, e refizessem as suas vidas, porque ela não tinha mais nada para lhes oferecer. As noras choram e resistem, mas ela consegue convencer Ofra a voltar, enquanto Rute permaneceu decidida a acompanhar a sua sogra e cuidar dela até a morte.

"Não insistas comigo que te deixe e não mais a acompanhe. Aonde fores irei, onde ficares ficarei! O teu povo será o meu povo e o teu Deus será o meu Deus! Onde morreres morrerei, e ali serei sepultada. Que o Senhor me castigue com todo o rigor, se outra coisa que não a morte me separar de ti!" (Rute 1:16,17).

O caminho era longo. Segundo (GEORGE, 2009) Elas caminharam mais de 110 quilômetros em estradas poeirentas até chegar em Belém, e quando entraram na cidade Noemi foi reconhecida pelas suas amigas, mesmo depois de quase 10 anos distante, e as mulheres perguntavam: - Não é esta Noemi? Ela retrucou, que não a chamassem mais de Noemi (agradável, adorável) mas de Mara (amarga) porque Deus a havia desamparado, pois estava voltando pobre, enlutada e desamparada. (RUTE 1: 20-21).

A velhice em geral está associada à ruptura com toda uma vida que foi estruturada, isso acontece de forma abrupta com rompimento de ligação com tudo que foi edificado ao longo dos anos, causando uma desconstrução de valores e levando à confusão de identificação social e desvalorização pessoal. (PEREIRA e BONINI, 2014, p. 256).

Noemi reconheceu que não era mais a mulher que partiu de Belém esperançosa e cheia de vida. Tinha perdido tudo que havia construído junto com o marido durante a sua vida; agora perdera marido, filhos e os seus bens, e então veio o reconhecimento de que não valia mais nada perante a sociedade, era uma mulher sem nenhuma perspectiva de valorização pessoal.

4. O Processo de Restauração de Noemi

A primeira etapa do processo de restauração de Noemi se inicia com a sua decisão de voltar para Belém, demonstrando que ainda tinha autonomia sobre a sua vida e na esperança de poder sobreviver e depois morrer em sua própria terra. A sua nora Rute seria o melhor apoio para o seu caminho de volta a sua terra. Como afirma Carolino (2017): o ambiente familiar é um dos fatores diretamente ligados ao bom envelhecimento, porque é onde acontecem as interações, os vínculos, e o apoio, muito importante para a vida do idoso. Contar com a companhia de Rute lhe amparando no caminho de volta a Belém, foi um incentivo para Noemi.

A segunda etapa foi a chegada a Belém em paz, e ser reconhecida pelos amigos, especialmente o acolhimento das mulheres.

A terceira etapa foi o reconhecimento por parte de Noemi do seu direito de resgate, conforme a Lei de Moisés:

Se dois irmãos morarem juntos, e um deles morrer sem deixar filhos, a sua viúva não se casará com alguém de fora da família. O irmão do marido se casará com ela e cumprirá com ela o dever de cunhado. O primeiro filho que ela tiver levará o nome do irmão falecido, para que o seu nome não seja apagado de Israel. (DEUTERONÔMIO 25:5,6).

Para ela não havia possibilidade de se casar novamente, pois já era velha, e não poderia gerar um filho, mas a sua nora Rute tinha esse direito, como viúva de Malom.

O processo da sua restauração chega à quarta etapa, quando aconteceu algo extraordinário. Era o princípio da colheita da cevada, e havia o costume dos pobres rebuscarem as espigas que caíam dos colhedores:

“Quando vocês estiverem fazendo a colheita de sua lavoura e deixarem um feixe de trigo para trás, não voltem para apanhá-lo. Deixem-no para o estrangeiro, para o órfão e para a viúva, para que o Senhor, o seu Deus, os abençoe em todo o trabalho das suas mãos.” (DEUTERONÔMIO 24:19).

Rute, como pobre, tinha o direito de rebuscar nos campos onde havia colheita. Mesmo sendo perigoso para ela num tempo de completa anarquia, uma mulher estrangeira, viúva e sem filhos como era o caso de Rute, não valia nada naquele contexto, e ela podia ser molestada por alguém, mas havia um aspecto que favorecia a Rute: todos em Belém a acolheram, em respeito a Noemi. Casualmente Rute entrou no terreno de Boaz, um homem de posses e influente, que era parente de Noemi. Essa coincidência era a providência divina, a misericórdia de Deus para com Noemi:

Não existem "acazos" ou coincidências na vida dos filhos de Deus, apenas a soberania do Deus todo poderoso. Ele cuida de seus filhos e guia seus passos, às vezes de maneiras óbvias, outras vezes não. A soberania de Deus agia na vida de Rute naquele determinado dia em que ela se aventurou a buscar alimento em um campo, que, depois, descobriu pertencer a Boaz, parente de seu falecido marido." (GEORGE, 2009, p. 146).

Boaz, tendo visto a Rute, e depois de se informar quem era essa moça, soube que era a nora de Noemi, e que ela tinha deixado sua terra e familiares para acompanhar sua sogra e viver em Belém cuidando dela. Boaz deu ordens aos empregados que tratassem Rute com prioridade, e a integrou aos trabalhadores na mesa e na colheita farta.

Disse então Boaz a Rute: "Ouça bem, minha filha, não vá colher noutra lavoura, nem se afaste daqui. Fique com minhas servas. (...). Darei ordem aos rapazes para que não toquem em você. (...) Ela ... exclamou: "Por que achei favor a seus olhos, a ponto de o senhor se importar comigo, uma estrangeira? Boaz respondeu: "Contaram-me tudo o que você tem feito por sua sogra, depois que você perdeu o marido: como deixou seu pai, sua mãe e sua terra natal para viver com um povo que pouco conhecia. (RUTE 2:8-11)

Ao chegar em casa, Rute falou para Noemi tudo que tinha acontecido, que reconheceu o agir de Deus, e lembrou-se que Boaz era um dos indicados para ser o resgatador da sua família, conforme a lei do Levirato, porque caso o falecido não tivesse irmãos, poderia ser um parente próximo. Noemi teve a confirmação de que poderia ter seus

bens restaurados e que até mesmo a descendência do seu marido não seria extinta!

A quinta etapa do processo de restauração de Noemi, foi quando ela decidiu agir e orientar Rute sobre o plano de pedir Boaz em casamento, o que parece estranho, mas que era utilizado naquele contexto cultural. Rute aproveitou a oportunidade e fez tudo exatamente como Noemi lhe falou:

Certo dia, Noemi, sua sogra, lhe disse: “Minha filha, tenho que procurar um lar seguro, para sua felicidade. Boaz, aquele com cujas servas você esteve, é nosso parente próximo. Esta noite ele estará limpando cevada na eira. Lave-se, perfume-se, vista sua melhor roupa e desça para a eira. Mas não deixe que ele perceba você até que tenha comido e bebido. Quando ele for dormir, note bem o lugar em que ele se deitar. Então vá, descubra os pés dele e deite-se. Ele lhe dirá o que fazer”. Respondeu Rute: “Farei tudo o que você está me dizendo”. (RUTE 3:1-5).

Boaz aceitou o pedido para se casar com Rute, mas falou que havia outro parente mais próximo do que ele. Boaz procura o homem e explica que a parte de terra que Noemi tinha para vender devia ser comprada por ele, que tinha a prioridade. Ele de imediato concordou. Para Mathews (2016) esse pretendente pensou que casando com Noemi que já era velha e não teria filhos, ficaria com toda a herança; mas ao saber da condição de se casar com Rute, desistiu, e Boaz passou a ser o único resgatador que poderia ser marido de Rute.

Então Boaz anunciou aos líderes e a todo o povo ali presente: “Vocês hoje são testemunhas de que estou adquirindo de Noemi toda a propriedade de Elimeleque, de Quiliom e de Malom. Também estou adquirindo o direito de ter como mulher a moabita Rute, viúva de Malom, para manter o nome do falecido sobre a sua herança e para que o seu nome não desapareça do meio da sua família ou dos registros da cidade. Vocês hoje são testemunhas disso!” (RUTE 4:9,10)

A sexta e última etapa da restauração da vida e da dignidade de Noemi realizou-se quando Boaz e Rute se casam, e tiveram um filho, chamado Obede, que foi o avô do rei Davi, um dos mais famosos reis

de Israel, conforme podemos constatar no livro de Rute: "Boaz casou-se com Rute, e ela se tornou sua mulher. Boaz a possuiu, e o Senhor concedeu que ela engravidasse e desse à luz um filho. (...) Este foi o pai de Jessé, pai de Davi." (RUTE 4:13,17b).

Rute, uma moabita, conseqüentemente, foi citada na genealogia de Jesus Cristo, conforme consta nos Evangelhos: "Registro da genealogia de Jesus Cristo, filho de Davi, filho de Abraão: (...) Salmom gerou Boaz, cuja mãe foi Raabe; Boaz gerou Obede, cuja mãe foi Rute; Obede gerou Jessé; e Jessé gerou o rei Davi:"(MATEUS 1: 1,5-6a).

Todos em Belém puderam ver a sua vitória, e reconheceram que Deus lhe proporcionou um resgatador, cujo descendente levaria o seu nome, além da perspectiva de ter a proteção e o cuidado do neto na sua velhice, que veio para substituir os filhos que perdeu. As mulheres foram as primeiras a reconhecer a completa restauração de Noemi:

As mulheres disseram a Noemi: Louvado seja o Senhor, que hoje não a deixou sem resgatador! Que o seu nome seja celebrado em Israel! O menino lhe dará nova vida e a sustentará na velhice, pois é filho da sua nora, que a ama e que lhe é melhor do que sete filhos! Noemi pôs o menino no colo, e passou a cuidar dele. As mulheres da vizinhança celebraram o seu nome e disseram: "Noemi tem um filho!" e lhe deram o nome de Obede. Este foi o pai de Jessé, pai de Davi. (RUTE 4:14-17)

A restauração de Noemi foi total: A sua propriedade foi comprada por Boaz, ela voltou a ter o seu patrimônio, e agora tinha um neto que levaria o nome da sua família, como se fosse filho de Malom e neto de Abimeleque.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história da família de Noemi e Elimeleque e a sua emigração para outro país devido a fome que havia em Belém, pode ser vista sob o prisma da fé e da cultura hebraica, como falta de fé e de fidelidade ao Deus único, criador, que também era o Deus da provisão (*Jeovah-Jiré*) para habitar numa terra de deuses desconhecidos.

Foi visto na pesquisa que muitos dos habitantes de Belém não se mudaram de lá, mas permaneceram esperando em Deus, e na solução

dos problemas que a nação enfrentava, o que pode ser constatado no relato da volta de Noemi depois de quase dez anos em Moabe, quando muitas pessoas se lembravam dela. Ao contrário de Elimeleque que fugiu da fome e dos problemas em Belém, esperando uma vida de prosperidade em Moabe, mas lá morreu. A esperança de dias melhores só resultou em luto e dor. Para Noemi, foi ainda mais difícil enfrentar a morte dos dois filhos, depois da perda do marido, como afirmaram Oliveira e Lopes (2008),

O processo do luto de acordo com a maioria dos autores passa por várias fases, e se inicia de uma forma deprimente para Noemi, como disse Cavalcanti (2020), não foi somente a perda dos entes queridos, o luto de Noemi foi além disso, com a perda de todo o seu sustento, pois os homens eram na época os provedores da família, o que representava total desamparo para as viúvas.

Em relação à segunda fase do luto, sentimento de raiva, de revolta pelas perdas, não aconteceu na mesma ordem esperada, sendo possível entender que as fases do luto não necessariamente se manifestam na ordem citada por Horácio e Dos Santos (2020). No relato bíblico essa fase ainda pode ser vista na chegada de Noemi a Belém, quando ela falou para as pessoas que a reconheceram, que não a chamassem mais de Noemi, mas de Mara, porque Deus a havia desamparado, porque agora era uma mulher sem perspectivas. (RUTE 1: 20-21).

Na terceira fase do processo de luto, a da Barganha, não foi exatamente como foi visto na teoria; Noemi não buscou a Deus querendo livrar-se da morte, mas continuou com sua fé em Deus para continuar a sua vida. George (2009) ressalta que Noemi não havia previsto os acontecimentos, mas estava aprendendo a confiar cada vez mais em Deus e em sua presença através de pessoas, eventos e circunstâncias inesperados.

Chegando na quarta fase do luto, da depressão, Noemi se conscientiza de que não há mais nada a fazer em Moabe, e decide voltar para Belém de Judá, depois de saber que lá havia fartura de pão.

Segue-se a quinta fase do luto, da aceitação, com a consciência da preservação da sua autonomia na condução da sua própria vida, se apresentando como evidência da sua decisão em retornar às suas origens.

O processo de restauração da vida de Noemi se inicia com a sua decisão de voltar para Belém, demonstrando autonomia sobre a sua vida e na esperança de poder sobreviver e depois morrer em sua própria terra. A sua nora Rute seria o canal de bênçãos para a sua restauração.

Anteriormente Noemi dependia de seu marido e dos filhos, mas então passou a depender de sua nora. O amor que Rute dedicou à sua sogra foi um amor leal, que os hebreus chamavam de *Hesed* e que ela havia conhecido através da convivência com a família hebraica.

A "coincidência" de Rute ter entrado no campo de Boaz, para rebuscar na época da colheita da cevada foi evidenciada por George (2009) como "providência divina", porque era a soberania de Deus na vida de Noemi.

Um aspecto importante a destacar foi a perspectiva da remissão de Noemi, pois no início do livro não há nenhuma citação sobre isso. Ela jamais pensou que poderia haver uma saída, mas ao saber que Boaz tinha tratado Rute com atenção, lembrou-se dos seus direitos, e de que ele poderia ser o seu resgatador através da aplicação da Lei do Levirato, e já que ela não poderia casar novamente e ter filhos, compreendeu que Rute teria o direito de se casar com Boaz, como forma de dar continuidade à família de Elimeleque.

O final da estória de Noemi é muito animador. Com a união de Boaz e Rute, Noemi teve os seus bens comprados por ele, e ainda o nome da sua família restaurado, pois o primeiro filho do casal, seria considerado descendente de Malom, o falecido marido de Rute, e assim, Noemi, seria a avó de Obede, do qual descenderam Davi,, um dos mais importantes reis de Israel, e é citado na genealogia de Jesus Cristo.

Noemi, estava totalmente restaurada na sua dignidade, como disseram Oliveira e Lopes (2008) sobre o processo de luto, que foi conscientemente aceito por Noemi, depois da morte dos homens da família que a deixou sem sustento, mas agora havia a disponibilidade para novos investimentos em sua vida, podendo manter vivos os sentimentos em relação aos falecidos, e a recuperação da sua autoestima e da valorização do seu ego.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo descrever o processo de restauração da dignidade de uma viúva pobre e idosa no retorno à sua terra

natal. Através dos dados obtidos durante a pesquisa bibliográfica, foi possível entender melhor a problemática e trazer respostas às questões que levaram ao objetivo.

O luto pode trazer grande impacto emocional e psicológico no idoso, pois as perdas não são somente da pessoa amada, mas das mudanças pessoais e sociais consequentes. Como explicam Horácio e dos Santos (2020) citando Arantes (2016): "O processo de luto se inicia com a morte de alguém que tem grande importância na nossa vida. (...) Quando o vínculo rompido era feito de amor genuíno, então temos muita dor..." (ARANTES, 2016, p 134).

Foram vistas as fases do luto que geralmente são cinco: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, mas que nem sempre ocorrem na ordem apresentada, podendo ter variações, o que aconteceu no caso de Noemi, cujas fases do luto não foram sequencias, havendo fases que aconteceram juntamente com as fases seguintes ou anteriores.

O processo de restauração da dignidade de Noemi ao voltar para a sua terra pode ser visto como um plano de Deus, porque houve muitas situações que foram favoráveis a ela durante o processo, e a fé judaica crê justamente na proteção do Todo Poderoso ao seu povo, e a fé que ela manteve impulsionou a sua trajetória.

O amor leal da sua nora Rute foi um grande diferencial na vida de Noemi. Ela pode ser amparada e amada pela nora, que agiu como uma filha, cuidou dela e jurou nunca a deixar. A nora Ofra, não merece ser criticada, pois tomou a decisão mais racional, considerando que não era fácil deixar os familiares e a sua terra para seguir a sogra idosa, pobre e que não tinha mais nada a lhe oferecer.

Esse amor de Rute por Noemi também foi recíproco, pois tudo que Noemi fez por Rute foi por amor, então cada uma delas procurava o que fosse melhor para a outra. e as orientações que a sogra idosa e sábia passou para a nora, ensinando os costumes da sua terra, foram as estratégias que ajudariam Rute a encontrar um marido.

A chegada em Belém foi humilhante, enfrentar os comentários e a vergonha em voltar desiludida e carente, depois de quase 10 anos numa terra distante, foi constrangedor para Noemi, e deve ter sido difícil também para Rute, ao chegar numa terra estranha, com cultura diferente da sua.

A vida em Belém era difícil, mas Rute já adaptada à cultura hebraica, se utilizou de um benefício para adquirir comida, através do respingar das colheitas. Foi dessa forma que ela conheceu Boaz que era parente de Noemi, e sem saber que ele era um dos que podiam resgatar a família.

A narrativa bíblica nos leva aos campos de Belém, e ao plano que Noemi arquitetou depois de reconhecer que havia saída para ela e para a nora. Ela não lembrava, mas tinha direitos conforme as Leis de Moisés, e somente um parente que aceitasse casar com Rute poderia restaurar a sua herança.

O processo de restauração de Noemi completou-se através da união de Rute com Boaz, quando os seus direitos de herança foram resgatados e o nome da sua família que estava apagado da genealogia de Israel, foi restaurado através de Obede, o filho de Boaz. Noemi agora podia descansar em paz na sua velhice, sem os temores que lhe atingiram com a morte do marido e dos filhos. Era o recomeço da vida de Noemi, e o seu exemplo de esposa, mãe, sogra e avó, tem sido admirado ainda os dias atuais.

Foi possível entender através dessa estória, que mesmo em situações adversas, é necessário ter confiança em Deus e permanecer no lugar onde estamos. Por mais difícil que seja a prova, devemos lembrar que Deus tem seus planos para nossas vidas, e que serão cumpridos: "Porque sou eu que conheço os planos que tenho para vocês", diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de lhes causar dano, planos de dar-lhes esperança e um futuro." (Jeremias 29:11).

Conclui-se então que Noemi fez a melhor escolha em retornar para Belém! Em vez de ficar se lamentando e vivendo o luto, decidiu que na sua terra poderia iniciar uma nova vida. O resultado da sua escolha tornou possível viver novamente em família, ter sua dignidade e seus bens restaurados, e um neto que perpetuaria o nome da sua família!

Foi uma restauração real, e a prova de que para uma idosa, viúva e desamparada, ainda há esperança de uma vida nova e em família, se tiver alguém como Rute, que lhe abraçou, apoiou, sustentou e não a deixou desamparada em nenhum momento!

Espera-se que este estudo possa contribuir para novas pesquisas. Ainda há muitos aspectos dessa história que podem ser inspiração para novos estudos, como por exemplo: O luto e a depressão em idosos

desamparados; A importância das noras no cuidado com a sogra idosa; Os direitos de uma viúva idosa; Genro que pode ser o amparo de uma sogra viúva e idosa, entre tantos outros, inclusive outros personagens idosos encontrados nos livros da Bíblia Sagrada.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

BERÇÁCOLA, Alexia Pinheiro et al. **Depressão: a manifestação psicológica frente ao abandono familiar**. Cadernos Camilliani, Cachoeiro de Itapemirim – ES, v. 17, n. 4 p. 2323-2337, dezembro. 2020.

BÍBLIA. Rute - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br). acesso em 25 abr. 2022.

BÍBLIA. Rute 1 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br) acesso em 27 mai 22.

BÍBLIA. Levítico 23 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br) Acesso em 27 mai 22.

BÍBLIA. Deuteronômio 24 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br) acesso em 27 mai 22.

BÍBLIA. Rute 2 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br) acesso em 27 mai. 22.

BÍBLIA. Deuteronômio 25 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br) acesso em 27 mai. 22.

BÍBLIA. Rute 3 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br)

BÍBLIA. Rute 4 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br)

BIBLIA. Mateus 1 - NVI - Nova Versão Internacional - Bíblia Online (bibliaonline.com.br)

BROCHARDT, Matheus Cavalcanti. Luto Na Terceira Idade: Uma Discussão Sobre Dificuldades, Família E Atuação Do Psicólogo. **Revista Eletrônica Estácio Recife**. Vol. 7 – N° 02 - Março, 2022.

CAROLINO, Lilia Aparecida Pereira. O idoso e a família nos dias de hoje. Portal do Envelhecimento cuidado, família, idoso. Disponível em <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-idoso-e-familia-nos-dias-de-hoje/>. Acesso em 16 jun. 22.

CAVALCANTI, Matheus Brochart. **Luto Na Terceira Idade**: Uma Discussão Sobre Dificuldades, Família E Atuação Do Psicólogo. Revista Eletrônica da Estácio Recife. v. 7, n. 2, 2021.

GEORGE, Elizabeth. **Mulheres que amaram a Deus: 365 dias com as mulheres da Bíblia**. São Paulo: Agnus, 2009.

HORÁCIO, Mesquita. Fernanda C. A.; DOS SANTOS, Ludmila P. Nunes. **O Enfrentamento Do Luto Na Velhice Diante Da Perda Do Conjugê No Âmbito Familiar**. Monografia. Centro

Superior UNA de Catalão – UNACAT. 2020. Disponível em <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17239/1/TCC%20-%20Fernanda%20e%20Ludmila.pdf>. Acesso em 27 mai 2022.

MATHEWS, Alice. Rute: como ver Deus no cotidiano. In: MATHEWS, Alice. **A Mulher que Deus usa: mulheres do Antigo Testamento que ajudam na tomada de decisões**. Curitiba: Publicações Pão Diário, 2016, p.75-88.

OLIVEIRA, João Batista Alves de. LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em estudos**. 13 (2), jun 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200003>. Acesso em 22 abr. 2022.

PEREIRA, Evani Marques; BONINI, Juliana Sartori (Org.). **ENVELHECIMENTO e suas implicações para a área da saúde**. Guarapuava: Unicentro, 2014.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. Ed. Revista e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

QUALIDADE DE VIDA, REDES SOCIAIS E *COPING*: UM ESTUDO NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL COM INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE DESEMPREGO

RAQUEL GONÇALVES

Doutora em Política Social pelo ISCSP da Universidade de Lisboa; Docente na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, raquelg@ese.ipvvc.pt

RESUMO

Os conceitos de stress, *coping* e apoio social estão intimamente ligados quando se analisam a teoria e investigação no âmbito do (des) emprego, sociabilidade e bem-estar uma vez que os eventos stressantes e as estratégias de *coping* influenciam a estabilidade das redes sociais e a disponibilidade e manutenção dos apoios sociais, o que consequentemente tem influência em termos de qualidade de vida (QV). Relativamente à relação entre a perda de emprego e a sociabilidade associada à rede de contactos pessoais, importa salientar que a rede familiar/social de apoio tem um papel fundamental na sobrevivência dos desempregados e na sua probabilidade de reinserção no mercado de trabalho, pelo que pode considerar-se que as redes de apoio têm uma grande importância para o bem-estar e para a QV dos indivíduos. Além disso, a investigação demonstra que as relações interpessoais são pautadas pela influência mútua das características pessoais e do contexto em que ocorrem, modificando-se ao longo do tempo. Assim, no âmbito das redes de sociabilidade, o papel do suporte social revela-se nuclear – particularmente em situações de vida difíceis. Com recurso a um estudo quantitativo que envolveu 115 participantes, procurou-se analisar a relação entre características das redes sociais de indivíduos em situação de desemprego, estratégias de *coping* utilizadas e QV. Os resultados obtidos sugerem a relevância das características sociais e da natureza das estratégias de *coping* utilizadas para a percepção de QV. Algumas características específicas da situação de desemprego também produzem alterações na QV dos participantes. Na sua globalidade, os resultados parecem sugerir que a situação face ao emprego, as características das redes sociais e as estratégias de *coping* utilizadas para fazer face a um evento stressante têm um papel fundamental na QV.

Palavras-chave: Qualidade De Vida, Redes Sociais, *Coping*, Desemprego, Política Social.

INTRODUÇÃO

O desemprego não pode ser entendido como um fenómeno separado dos indivíduos, na medida em que as lógicas de acção desenvolvidas para lidar com esta condição dependem das trajectórias de vida de cada um. É fundamental valorizar a dimensão pessoal e assumir uma abordagem que coloque os desempregados no centro da discussão. Somente desta forma será possível compreender a experiência da perda de emprego, identificar os factores que a influenciam e, a partir desta análise, propor um conjunto de orientações que permitam melhorar o bem-estar e QV daqueles que se encontram nesta condição.

A literatura demonstra que, nas sociedades modernas, a identidade e o estatuto social dos indivíduos são fortemente influenciados pela participação no mercado de trabalho e que a perda involuntária do emprego pode contribuir para um sentimento de fracasso e ameaçar a identidade individual (Gallie & Paugam, 2000; Senett, 1998). Pode também colocar em causa o bem-estar e a QV do indivíduo devido às consequências da perda de emprego em termos da sua segurança financeira, reconhecimento social e relações interpessoais (Kunz, 2004). Um estudo basilar neste domínio foi conduzido na Áustria durante a Grande Depressão dos anos 30 do século XX por Jahoda, Lazarsfeld e Zeisel (1933) com o objectivo de documentar os efeitos decorrentes do desemprego numa pequena comunidade. As evidências demonstraram que o desemprego, para além de colocar as famílias numa situação financeira difícil, limitava a capacidade dos indivíduos manterem as suas rotinas de vida diária e actividades de lazer e, ao nível comunitário, contribuía para uma deterioração das actividades comuns e responsabilidades partilhadas. Estudos recentes realizados na União Europeia tais como o *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* têm corroborado o facto de o desemprego ser um evento de ruptura e ter efeitos negativos, a vários níveis, ao longo da vida (Schroder, 2011, 2013). Em Portugal, Caleiras (2008) e Marçano (2013), na sequência de estudos realizados no âmbito do desemprego a partir da experiência dos desempregados, reforçam que esta é uma experiência de desestabilização de modos de vida com consequências negativas para o indivíduo, família e sociedade.

De modo semelhante, a crise financeira do início do século XXI associa-se também a vários prejuízos, quer em termos individuais, quer comunitários uma vez que o período de recessão conduziu à destruição massiva de emprego (Baccaro, 2010). Sendo um problema atual das sociedades capitalistas contemporâneas, o desemprego afetará particularmente os países cujo Estado-Providência se apresenta mais debilitado e onde os números do desemprego se têm mostrado mais preocupantes – como é o caso de Portugal (Hespanha, Caleiras, Pessoa & Pacheco, 2007). Estes prejuízos são particularmente preocupantes quando a experiência de desemprego involuntário ocorre numa fase tardia da vida activa pois os trabalhadores são frequentemente conduzidos não só a situações de desemprego involuntário como a situações de pré-reforma. Dito de outro modo, a evidência demonstra que, particularmente nestas circunstâncias, os trabalhadores mais velhos não só se encontram no desemprego como perdem propriedades conotadas com a empregabilidade (Pestana, 2003).

No entanto, é importante notar que o desemprego não anula diferenças sociais nem socializações anteriores e que os desempregados constituem um grupo heterogéneo, com histórias de vida distintas e, nesse sentido, as experiências do desemprego são também diferenciadas (Gallie & Paugam, 2000). De acordo com os mesmos autores, o modo como se vivencia o desemprego depende naturalmente de um conjunto alargado de variáveis individuais, tais como a idade, sexo, qualificações e trajetórias escolares e profissionais, rede social, duração do desemprego, entre outras, bem como do contexto em que a vida e a experiência do desemprego decorrem – os contextos culturais e económicos, sistemas de regulação do (des)emprego, sistemas de proteção social, entre outros.

Para além disso, e na linha de Kunz (2004), considera-se que o desemprego representa uma situação stressante. Ora, de acordo com os autores, as mudanças nas exigências biológicas, sociais, físicas e ambientais e a necessidade dos indivíduos se adaptarem a essas mudanças são causas básicas de stress, sendo este definido como o padrão de reacção em resposta a stressores. O conceito de stress pode ser entendido como a reacção emocional e cognitiva do indivíduo face aos acontecimentos de vida, esperados ou imprevisíveis, do quotidiano, pelo que se incluem não somente os agentes de ordem

individual, mas também os acontecimentos inesperados de natureza global – tais como desastres naturais – uma vez que o potencial stressante de um evento depende do contexto em que ocorre e dos recursos pessoais de que o indivíduo dispõe para lidar com ele (Amorim, 2006). Tal como refere Davies (1996, p.117):

O carácter mais ou menos stressante de um dado acontecimento depende do contexto desenvolvimental em que ocorre, do tipo de acontecimento em causa e do grau de exigência dos recursos psicológicos que suscita. É improvável que os acontecimentos normativos sejam severamente stressantes uma vez que as transições a eles associadas seriam já esperadas. (...) Quando um acontecimento ocorre no seu tempo, no quadro de um percurso de vida normal, é de esperar um bom ajustamento.

Pelo contrário, acontecimentos que desafiam a ordem natural das coisas têm potencial para precipitar maior stress nos indivíduos por desafiarem os recursos disponíveis para lidar com a mudança (Davies, 1996). O stress traduz, assim, o desequilíbrio entre as exigências ambientais e a capacidade de resposta do organismo – que varia em função do estado psicológico do indivíduo, das condições ambientais e da avaliação que o mesmo faz das situações (Amorim, 2006).

A abordagem clássica ao conceito de stress proposta por Lazarus em 1974 rapidamente se destaca ao propor que o stress é um termo genérico utilizado para caracterizar os estados em que, face a um acontecimento, as solicitações internas e/ou externas se revelam desajustadas aos recursos dos indivíduos ou do seu sistema social. Nesta definição, é sublinhada pela primeira vez a importância da interpretação individual do significado dos acontecimentos e da avaliação dos recursos disponíveis para lidar com a situação potencialmente desencadeadora de stress. Esta proposta teórica revelou-se particularmente útil para compreender como os indivíduos lidam com eventos de vida difíceis – introduzindo desta forma o conceito de *coping* (Fonseca, 2004). Lazarus (1974) define este último como dizendo respeito aos esforços cognitivos e comportamentais levados a cabo com o objectivo de dominar, reduzir ou lidar com as condições geradas por uma situação de stress.

Para Lazarus e Folkman (1986), o *coping* diz respeito a um processo através do qual o indivíduo faz uma série de julgamentos acerca dos potenciais efeitos dos eventos no seu bem-estar. Diz respeito aos comportamentos e pensamentos que os indivíduos utilizam para lidar (*to cope*) com exigências percebidas como stressantes com o objetivo de se libertarem das consequências negativas do stress ou alterarem a situação stressante mediante a resolução de problemas. O conceito corresponde, assim, ao modo como as pessoas lidam com as situações stressantes e aos esforços empreendidos para gerir as exigências e desafios, internos e externos. Amorim (2006) chama a atenção para o facto de que, ao utilizar-se o termo “lidar” para definir o conceito de *coping*, se reconhece que as estratégias de *coping* podem ser variadas e que não conduzem, necessariamente, à resolução do problema, isto é, as estratégias de *coping* visam gerir – modificar, tolerar, aceitar ou evitar – a situação stressante e não necessariamente eliminá-la. Atendendo a que o potencial stressor do evento depende do (des)equilíbrio entre as situações ou acontecimentos perturbadores e as reações (sentimentos, pensamentos e comportamentos) da pessoa (Paúl & Fonseca, 2001), a ideia de que esta relação é mediada pelas experiências de vida sai claramente reforçada.

Assim sendo, pode depreender-se que o desemprego involuntário, enquanto situação stressante, irá desencadear estratégias de *coping* distintas por parte dos indivíduos em função das suas trajectórias/experiências de vida. Relativamente a este assunto, importa referir que, apesar do aumento do número de publicações sobre os eventos de vida, existem ainda muitas questões por esclarecer quanto à forma como os indivíduos lidam com eventos críticos e negativos de vida. Em oposição à ideia de que a recuperação seria rápida e decorrente de um processo de habituação às novas circunstâncias, Diener, Lucas e Scollon (2006) sugerem que o bem-estar individual se mantém reduzido por um período de tempo considerável após eventos negativos tais como a morte do cônjuge, divórcio ou desemprego e que a reacção dos indivíduos a estes eventos é altamente heterogénea. Esta posição é também partilhada por Jopp e Schmitt (2010). Além disso, tal como referido por Amorim (2006), os eventos de vida difíceis distinguem-se quanto ao seu impacto nos indivíduos – havendo, portanto, eventos mais disruptivos do que outros – e, ainda que alguns indivíduos lidem

melhor com as situações, os eventos stressantes têm de alguma forma um efeito universal. Holmes e Rahe (1967) tinham já proposto que os eventos críticos de vida raramente acontecem de forma isolada, ou seja, são frequentemente seguidos por outros eventos difíceis. Por exemplo, a perda de emprego é tendencialmente seguida de dificuldades financeiras, perda de bens próprios, redução da rede social, degradação do estatuto social, problemas conjugais e/ou divórcio, problemas de saúde associados ao stress, entre outros.

Os eventos potencialmente geradores de stress podem ser de natureza diversa, quer de causa externa tais como o desemprego, quer de causa interna, como sendo o estado de saúde. Lazarus e Folkman (1986) referem a este propósito que a apreciação cognitiva consiste no facto de o indivíduo se interrogar sobre as formas de reagir à situação, os recursos psicológicos de que dispõe (incluindo a capacidade de controlo) e as redes de suporte social nas quais se insere. É esta avaliação que faz com que um mesmo acontecimento possa ser percebido, por diferentes indivíduos ou pelo mesmo indivíduo em diferentes momentos, como ameaçador, desafiante ou stressante. A avaliação cognitiva refere-se, portanto, ao processo através do qual o indivíduo avalia até que ponto uma situação concreta é relevante para o seu bem-estar e, se o for, de que forma se repercute na sua vida. O *coping* é, assim, mais do que uma estratégia. É antes o produto de uma história cumulativa de interações e está imbuído de um determinado nível de organização desenvolvimental. Como tal, requer mudanças ao nível das interações, o que pode significar mudanças no contexto social e na forma como o indivíduo se vê a si próprio e ao mundo. Com efeito, ainda que se reconheçam outras variáveis, como sendo a cultura ou personalidade, que podem contribuir para explicar as diferenças interindividuais na gestão de situações stressantes, o conceito de *coping* parece revelar-se nuclear.

Os conceitos de stress, *coping* e apoio social estão intimamente ligados quando se analisam a teoria e investigação no âmbito do (des) emprego, sociabilidade e bem-estar na medida em que os eventos stressantes e as estratégias de *coping* influenciam quer a estabilidade das redes sociais, quer a disponibilidade e manutenção dos apoios sociais, o que conseqüentemente tem influência em termos da satisfação e QV (Hahn, Specht, Gottschling & Spinath, 2015; Jopp & Schmitt,

2010). Em termos dos efeitos da perda de emprego na sociabilidade, associada aqui à rede de contactos pessoais, importa salientar que as redes sociais podem ser entendidas como o conjunto de contactos pessoais que possibilitam que os indivíduos mantenham a sua identidade social, recebam apoio emocional, ajuda material, serviços, apoio social, acesso a informação e a outros recursos e, ainda, estabeleçam novos contactos sociais (Antonucci, Birditt & Akiyama, 2009).

Eckenrode (1991 como citado em Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013) refere inclusivamente que os sistemas/redes de apoio devem ser vistos como recursos que permitem aos indivíduos lidar de forma bem-sucedida com os acontecimentos de vida susceptíveis de provocar stress e com as perturbações a eles associadas. De acordo com os autores, esta linha conceptual, que relaciona o stress com os sistemas de apoio, parte do pressuposto de que o estudo das redes sociais é uma forma privilegiada de compreender quer as fontes de perturbação, quer o papel do apoio social, sugerindo que este apoio possa actuar simultaneamente como variável atenuante e como variável preventiva do stress. Ou seja, não se trata de considerar o stress por um lado e os sistemas de apoio por outro, mas de reconhecer a sua interdependência. Com efeito, sugerem que as relações sociais que os indivíduos estabelecem ao longo da vida promovem e enriquecem o seu desenvolvimento, na medida em que a diversidade de relações está intimamente associada aos vários papéis sociais desempenhados nas diferentes etapas da vida. Neste sentido, Antonucci e colaboradores (2009) propõem ainda que as relações interpessoais são pautadas pela influência mútua das características pessoais e do contexto em que ocorrem, modificando-se assim ao longo do tempo. No âmbito das redes de sociabilidade, o papel do suporte social revela-se fundamental, particularmente em situações de vida difíceis.

Apesar de o conceito de suporte social não ter ainda uma definição unanimemente aceite na literatura, Cohen procurou operacionalizá-lo em 1992 com a proposta de três conceitos: redes sociais, suporte social percebido e comportamentos de apoio. As redes sociais dizem respeito à estrutura das relações sociais (existência, quantidade e tipo de relações), o suporte social percebido refere-se à função das relações sociais (percepção de que as relações sociais fornecerão, se necessário, recursos tais como apoio emocional ou informação) e os

comportamentos de apoio correspondem a acções destinadas a ajudar as pessoas face a eventos stressantes.

Bauman (2015a) assinala que, no que diz respeito aos padrões de sociabilidade dos indivíduos, alguns estudos concluem que estes não mudam com a perda de emprego (Bauman, 2015b) e outros em que se verifica que os indivíduos desempregados têm um contacto mais frequente com família e amigos (Marçano, 2013). Alguns sugerem que os desempregados recebem menos apoio prático e psicológico do que os empregados (Gallie et al., 2003) e outros que não há diferenças no que diz respeito ao apoio recebido (Atkinson, Liem & Liem, 1986). Relativamente à relação com a família, Atkinson e colaboradores (1986) verificaram também que a perda de emprego diminuía a qualidade da relação conjugal, ainda que após o reingresso do elemento desempregado no mercado de trabalho as relações se reestabelecessem. Brand (2015) observou também que famílias mais coesas e funcionais e com um estatuto socioeconómico mais satisfatório parecem desempenhar um papel amortecedor do stress causado pelo desemprego. Por fim, Kunz (2004) sugere que a influência negativa do desemprego pode ser reduzida em certa medida se os indivíduos obtiverem apoio financeiro, material e/ou emocional por parte da família e/ou amigos. Além disso, a rede de contactos pode ainda contribuir para que os desempregados se mantenham ocupados e mantenham as relações sociais, evitando assim comportamentos anti-sociais ou autodestruidores.

No que diz respeito ao BES, as evidências parecem apontar para uma diminuição generalizada da QV. A título de exemplo, a meta-análise efectuada por McKee-Ryan e colaboradores (2005) demonstra claramente que a maioria dos 100 estudos analisados reflecte uma redução clara da saúde mental após a perda de emprego e, com ela, da QV. Alguns sugerem também reduções preocupantes em termos da satisfação com a vida (Winkelmann, 2008) e do bem-estar geral (Oesch & Lipps, 2012). Ainda que se assuma que eventos de vida importantes têm um efeito de longa duração no BES dos indivíduos, Diener, Lucas e Scollon (2006) alertam para o facto de que eventos como o casamento, divórcio ou viuvez afectam o BES numa fase inicial, mas que os indivíduos regressam aos níveis iniciais após um curto período de tempo. Os autores sugeriram inclusivamente que o nível de BES individual flutua de forma ligeira relativamente a um ponto fixo e que mesmo

um evento muito difícil ou um muito positivo exercem apenas efeitos transitórios. Contudo, algumas vozes críticas se têm levantado a esta proposta chamando a atenção para o facto de que, face à perda de emprego, os indivíduos não regressarem aos níveis de BES prévios ao desemprego – como é o caso de Headey (2010). Ainda no que diz respeito aos efeitos da perda de emprego no bem-estar, Andersen (2002) dá destaque à perspectiva de *coping* (*coping perspective*) que, reconhecendo o desemprego como um evento potencialmente stressante, considera que a maioria dos indivíduos tem recursos suficientes para desenvolver estratégias de *coping* e lidar com a situação da perda de emprego.

METODOLOGIA

A presente investigação assume-se como um estudo de natureza transversal, seguindo uma metodologia mista do tipo sequencial explicativo (Creswell, 2013). Inicialmente adoptou-se uma abordagem de natureza quantitativa com recurso a um inquérito por questionário e, posteriormente, uma abordagem de natureza qualitativa com a realização de entrevistas semi-estruturadas. Assim sendo, a integração dos dados provenientes do inquérito e da entrevista fez-se ao nível da análise e discussão dos resultados.

Universo e amostra do estudo

O contexto de recolha de dados da presente investigação foram os Estaleiros Navais de Viana do Castelo (ENVC). Trata-se do maior Estaleiro de construção naval de Portugal e um dos maiores da face ocidental da Europa, tendo sido criado em 1944 por incentivo do Governo. Em 2011, devido à crescente inactividade na maior parte dos sectores dos ENVC e à necessidade de cortar na despesa com o pessoal, os trabalhadores foram convidados pela administração a ficar em casa nos quatro meses seguintes recebendo 70% do salário. Em 2012 teve início o processo de reprivatização do capital social dos ENVC e, em Agosto de 2013, após um concurso público internacional, foi adjudicada à Martifer Energy Systems e à Navalria a subconcessão da utilização privativa do domínio público e das áreas afectas à concessão dominial

atribuída aos ENVC. Este processo implicou o despedimento de todos os trabalhadores.

O inquérito por questionário foi aplicado entre Maio de 2016 e Janeiro de 2017 a 115 ex-trabalhadores dos ENVC (19% do universo do estudo – 609 ex-trabalhadores), sendo que todos consentiram a sua integração no estudo. Como factor de inclusão na selecção dos participantes definiu-se soemnte o ter ficado desempregado aquando do encerramento dos ENVC (independentemente de, no momento da recolha de dados, continuar desempregado ou ter iniciado nova actividade profissional). Dos inquiridos nesta primeira fase do estudo foram seleccionados alguns em função de uma análise preliminar dos dados decorrentes da aplicação do inquérito por questionário. Sempre que os dados (nome, email e/ou contacto telefónico) dos inquiridos correspondentes a estes casos seleccionados tivessem sido disponibilizados pelos participantes, os mesmos eram utilizados para solicitar a sua colaboração na segunda fase do estudo (a entrevista semi-estruturada). Assim sendo, a recolha de dados realizou-se entre Novembro de 2016 e Julho de 2017, tendo sido realizadas 10 entrevistas (9% da amostra do estudo quantitativo – 115 ex-trabalhadores dos ENVC).

Procedimentos de recolha de dados

Inquérito por Questionário. Foram definidos nove módulos de avaliação que incluíram a recolha de dados sociodemográficos, familiares, profissionais, estruturação do tempo, estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a perda de emprego, QV e satisfação com a vida. Relativamente a estes três últimos domínios de análise, foram utilizados instrumentos de avaliação standardizados e validados para a população portuguesa: a Escala Toulousiana de *Coping* (Tap, Costa, & Alves, 2005), Escala Satisfação com a Vida (Neto, Barros, & Barros, 1990) e Instrumento de avaliação da QV da Organização Mundial de Saúde – versão breve (Canavarro, Vaz Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006). Na linha de Hardt e Rutter (2004) e numa tentativa de construir uma estrutura de dados quasi-longitudinal, foram recolhidas informações de modo retrospectivo sobre alguns domínios de investigação, ou seja, em algumas das questões optou-se por diferenciar a situação antes e após a perda de emprego

para que se pudessem assinalar eventuais mudanças intraindividuais e/ou alterações das circunstâncias de vida avaliadas.

Entrevista semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada foi construída a partir da análise parcial dos resultados obtidos com o inquérito por questionário na medida em que esta tinha como finalidade aprofundar alguns dos aspectos abordados no mesmo, bem como outros que se consideraram relevantes. Deste modo, pretendeu-se conhecer um pouco melhor os participantes do estudo, conhecer e compreender as suas experiências de vida e, particularmente a sua experiência associada aos ENVC. Também na entrevista semi-estruturada se procurou recolher dados de forma retrospectiva (Hardt & Rutter, 2004).

Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos dados provenientes do inquérito por questionário foi utilizado o programa estatístico IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS - versão 20.0). No que respeita aos procedimentos de análise de dados quantitativos, a análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão) e de estatística inferencial. Para a seleção dos testes estatísticos a utilizar, seguindo as recomendações de Marôco (2014), optou-se por considerar os pressupostos do Teorema do Limite Central. De acordo com esta proposta assume-se, de um modo geral que, para amostras de dimensão superior a 25-30 participantes, isto é, para amostras de dimensão razoável, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal pelo que é possível utilizar métodos paramétricos. De acordo com o autor, os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto para amostras de dimensão considerável – em consequência do Teorema do Limite Central – relevando a validação deste pressuposto em cenários de análise inferencial.

Relativamente às entrevistas semi-estruturadas, estas foram realizadas junto dos participantes que responderam ao inquérito por questionário e que se disponibilizaram para esta fase da recolha de dados. Para a análise dos dados provenientes das entrevistas foi utilizado o programa NVivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relativamente aos principais resultados do estudo, verificamos que a amostra total é constituída por 115 indivíduos com idades compreendidas entre os 26 e os 67 anos (no momento da perda de emprego; $M=48,19$; $dp=10,65$), sendo maioritariamente do sexo masculino (95,7%). Em termos de habilitações literárias, a maior parte dos inquiridos estudou até ao segundo ciclo do Ensino Básico (38,3%), sendo também expressiva a proporção dos que completaram o Ensino Secundário (36,5%). Da amostra total, verifica-se que mais de três terços dos sujeitos eram casados ou vivia em união de facto (87,0%) antes da perda de emprego e se mantêm no momento de recolha de dados (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes e do agregado familiar para o total dos participantes e em função da situação profissional

Características	Situação profissional				Total	
	Empregado		Desempregado		N=115	
	n	%	n	%	n	%
Idade no momento da perda de emprego M (dp)	41,39	(9,38)	55,36	(6,36)	48,19	(10,65)
Min-Máx	26-63		31-67		26-67	
Género (% de homens)	58	98,3	52	92,9	110	95,7
Escolaridade no momento da perda de emprego						
1-4º ano (primário)	--	--	8	14,3	8	7,0
5-6º ano (preparatório, telescola ou antigo 2º ano do Liceu)	8	13,6	8	14,3	16	13,9
7-9º ano (antigo 5º ano do Liceu)	22	37,3	22	39,3	44	38,3
10-12º ano (ou equivalente com cursos de índole profissional)	25	42,4	17	30,4	42	36,5
Ensino Superior (bacharelato, licenciatura)	3	5,1	1	1,8	4	3,5
Formação Pós-graduada	1	1,7	--	--	1	0,9
Estado civil no momento da perda de emprego						
Solteiro(a)	8	13,6	2	3,6	10	8,7
Casado(a) ou em união de facto	49	83,1	51	91,1	100	87,0
Separado(a) ou Divorciado(a)	2	3,4	2	3,6	4	3,5
Viuvo(a)	--	--	1	1,8	1	0,9
Estado civil no momento da recolha de dados						
Solteiro(a)	4	6,8	1	1,8	5	4,3

Características	Situação profissional				Total N=115	
	Empregado n=59		Desempregado n=56		n	%
	n	%	n	%		
Casado(a) ou em união de facto	51	86,4	49	87,5	100	87,0
Separado(a) ou Divorciado(a)	3	5,1	4	7,1	7	6,1
Víuvo(a)	1	1,7	2	3,6	3	2,6

No que diz respeito às estratégias de *coping* utilizadas pelos ex-trabalhadores dos ENVC para lidar com a perda de emprego, a análise dos resultados da Escala Toulousiana de *Coping* (Tabela 2) permite verificar que, de uma forma global, as estratégias mais utilizadas foram a estratégia Controle (M=39,95; dp=10,97), seguida da estratégia Retraimento, conversão e aditividade (M=27,83; dp=9,17) e da Distracção Social (M=26,92; dp=7,52).

Tabela 2. Estatística descritiva das subescalas de *Coping* da ETC para o total dos participantes e em função da situação profissional

	Situação profissional				Total dos participantes N=115		Min-Máx	Amplitude Teórica
	Empregados n=59		Desempregados n=56		M	dp		
	M	dp	M	dp				
Controle	38,95	12,67	40,46	8,90	39,69	10,97	13-64	13-65
Retraimento, conversão e aditividade	25,90	10,02	29,86	7,78	27,83	9,17	13-51	13-65
Distracção social	25,51	8,28	28,41	6,36	26,92	7,52	10-45	10-50
Suporte Social	16,75	5,88	17,80	5,41	17,26	5,65	7-31	7-35
Recusa	16,27	4,93	18,86	5,87	17,53	5,54	8-32	8-40
<i>Coping global</i>	123,37	35,56	135,39	26,63	129,23	31,97	51-194	51-255

Esta distribuição sugere a utilização predominante de estratégias de *coping* positivas, Controle e Suporte Social, ainda que as estratégias de *coping* negativas Retraimento, conversão e aditividade e Recusa apresentem também valores médios elevados. Esta distribuição foi corroborada pela análise de conteúdo. Mais concretamente, pode verificar-se que o discurso dos participantes evidencia a sua capacidade de articulação de comportamentos ou actividades (Controle) e, muito particularmente, de traçar objetivos e fazer planos para lidar com a situação de desemprego de forma abstracta e lógica (controlo

cognitivo e planificação). Esta assumpção pode comprovar-se claramente nas transcrições seguintes: "No início pode ter sido complicado, e difícil, mas (...) a partir daquele momento o meu pensamento foi sempre melhorar a minha vida." (03, l. 99); "Foi um bocadinho difícil de lidar com a situação na altura, apanhou-nos a todos um bocadinho desprevenidos, mas com esforço e trabalho, tudo se consegue." (03, l. 65); e "Procurei lidar da melhor forma, encontrar novas coisas para fazer, traçar novas linhas na minha vida profissional e tentar sempre encarar da melhor maneira e sempre com uma visão mais optimista." (09, l. 84).

Por seu turno, observa-se também a utilização de estratégias de *coping* de Retraimento, conversão e aditividade, particularmente de aceitação do problema: "Mas aceitei bem, aceitei. Embora, cá fora, lembro-me todos os dias dos Estaleiros. Lembro-me." (01, l. 112); "Foi, foi (um capítulo que fechou). Está encerrado" (02, l. 113). Observam-se também estratégias de retirada, manifestada no consumo de álcool: "Comecei a sentir-me inútil, ver que até a minha mulher teve de deixar a educação dos nossos filhos para ir trabalhar, para pagar contas, e eu a tentar arranjar trabalho e não conseguia. Digo-lhe que por vezes bebia porque não me sentia bem." (04, l. 96). Outros evidenciam ainda alguma incapacidade para aceitar e gerir a situação: "Está esquecendo (os ENVC), mas eu não esqueço. (...) Cria muita ansiedade.. E tenho muita ansiedade por causa disso" (03, l. 94). Por fim, observam-se ainda alguns relatos que se aproximam da estratégia de *coping* Suporte Social, do tipo emocional, na medida em que os participantes procuraram conforto e apoio na família e nos amigos. Mais concretamente, os participantes referem ter tentado lidar com a perda de emprego "(...) da melhor maneira. Não entrar em stress e com o apoio da família" (06, l. 124). Destacam, portanto, o papel da família e dos amigos enquanto elementos essenciais para gerir a situação, isto é, salientam que "(...) a família foi muito importante. Foi um pilar para superar o desemprego". Também "através de alguns colegas de trabalho e claro, também levantar um bocadinho a cabeça e andar para a frente" (08, l. 118).

Deste modo, a utilização de diversas estratégias de *coping* foi permitindo aos ex-trabalhadores gerir a situação de perda de emprego e, em última análise, contribuiu para minimizar os efeitos deste evento no seu bem-estar. Com efeito, a perda de emprego conduziu a uma série de alterações na vida dos ex-trabalhadores dos ENVC que, naturalmente,

influenciaram o seu bem-estar individual. Ainda que a natureza das mudanças tenha sido diversa, a qualidade e intensidade das relações familiares e de amizade destacam-se claramente. No que diz respeito ao relacionamento com a família, os ex-trabalhadores referem uma melhoria da qualidade das relações causada, em parte, pelo aumento do tempo disponível para estar com os filhos e familiares mais próximos e, simultaneamente, alguns problemas e discussões familiares provocados essencialmente pelo mesmo motivo. Assim, um dos participantes refere que, desde a perda de emprego “muita coisa mudou”. Destaca “as relações familiares (pois) foi também nessa altura que casei, constituí família, comecei a estudar e a licenciar-me. Aproveitei o facto de ficar desempregado para abraçar novos desafios” (09, l. 71). Um outro salienta que “depois de tudo o que passei, sim tenho melhor QV. Tenho uma melhor relação familiar, tenho mais tempo para a família. Esqueci esse mau momento que vivi.” (04, l. 105). Além disso, se um dos participantes destaca o facto de, ao passar mais tempo em casa, ter a oportunidade de estar “mais tempo com os miúdos (filhos)” (06, l. 93) outro refere que a mesma disponibilidade pode conduzir a alguns problemas familiares:

Estar em casa, quer dizer, estar aquela pessoa em casa sem trabalhar (...) Há já algumas discussões, não é? (...) Quando uma pessoa está a trabalhar, vê-se ao final do dia, mas quando uma pessoa não está a trabalhar, vê-se mais vezes (...) é normal” (10, l. 349).

Do mesmo modo, no que diz respeito às relações de amizade existem dinâmicas distintas. Por um lado, observa-se a manutenção dos relacionamentos existentes: “Mantive contacto na mesma com os meus colegas de trabalho” (09, l. 52) e “Os amigos foram todos. Ficamos todos desempregados, continuaram a ser meus amigos” (05, l. 73) e, por outro, algum afastamento relativamente aos amigos associados aos ENVC “Depois de ficar desempregado, quer dizer, dos que trabalhavam comigo pronto, a relação acabou um bocadinho, de amizade, não é? Cada um foi para o seu lugar” (10, l. 176) e “(...) claro que se perderam amigos porque com o fecho dos estaleiros houve pessoas que voltaram (...) para a empresa que hoje lá está, outros não” (10, l. 258). Este participante termina dizendo lamentar a perda destes

amigos na sequência do encerramento dos ENVC “tenho pena, tenho pena (...) de alguns colegas que perdi, amigos que perdi.” (10, l. 264).

Deste modo, pode considerar-se que as várias alterações ocorridas na vida dos ex-trabalhadores se reflectiram na sua percepção de bem-estar individual. Relativamente a este assunto, a análise qualitativa demonstra que o aspecto que mais parece ter afectado a QV dos ex-trabalhadores dos ENVC é a perda de rendimento. São vários os trechos que salientam este domínio, conforme se pode verificar seguidamente: “A qualidade de vida foi afectada foi. (...) Foi... A dificuldade é que houve uma redução do orçamento familiar.” (06, l. 129); “A nível de qualidade de vida baixou um bocado.” (07, l. 110); “Por sorte, por sorte ela foi formada quando o estaleiro acabou e hoje eu notava que se estivesse no desemprego para a minha filha estudar, mas não conseguia, não conseguia dar seguimento aquilo. Está a ver?” (01, l. 219).

Há também dois dos participantes que destacam alguns problemas de saúde decorrentes das tarefas desempenhadas nos ENVC que, naturalmente, afectam a sua QV atual. Um deles refere sentir algumas dores, “já me começo a queixar dos ombros, do joelho...” (01, l. 117) e um outro entende que a sua QV é “pior (pois) aquilo era um ambiente de muito barulho, um barulho tremendo! Aquilo até dava cabo dos ouvidos!” (02, l. 102). Apesar disso, considera ter “mais tempo agora..”. O rendimento familiar é menor, mas em certa medida esse prejuízo é compensado pelo facto de ter mais tempo para si e para os seus: “Ando mais leve na carteira, mas tenho mais tempo” (02, l. 99). Efectivamente, alguns dos ex-trabalhadores salientam que, após a perda de emprego a sua QV melhorou – eventualmente porque dedicavam antes muito do seu tempo aos ENVC e, atualmente, podem usufruir desse tempo para cuidar de si mesmos e estar com a família e/ou porque, tendo ultrapassado uma situação *stressante* (o desemprego) com o apoio da família, isso os uniu e reforçou os laços já existentes. Um dos participantes diz inclusivamente: “(...) depois de tudo o que passei, sim tenho melhor qualidade de vida. Tenho uma melhor relação familiar, tenho mais tempo para a família” (04, l. 105). Por fim, outro dos participantes considera que não se trata especificamente de ter melhor ou pior QV, mas sim ter mais tempo para si, “mais tempo para estar com um amigo (...) sem ter pressa de ir embora. (...) Mais tempo para passear e descansar” (03, l. 89).

De facto, as redes relacionais têm assumido um papel preponderante na vida pessoal e profissional dos ex-trabalhadores dos ENVC. Pode observar-se que, de uma forma global, o número de familiares próximos aumentou após a perda de emprego (de 7,64 para 8,08 familiares próximos), ainda que se tenha registado uma diminuição do número de amigos próximos (de 12,44 para 9,48 amigos). No que à qualidade do relacionamento e à frequência de contacto com a família e amigos diz respeito não se evidenciam mudanças relevantes uma vez que os inquiridos referem que o relacionamento com a família com os amigos se manteve igual, assim como a frequência dos contactos. Todavia, e no seguimento das alterações na rede relacional dos participantes, 34,3% dos participantes referem que a frequência de contacto com os amigos diminuiu após a perda de emprego e 10,4% que a frequência de contacto com a família aumentou.

No que concerne aos apoios recebidos ao longo da vida e após a perda de emprego por parte da respectiva rede relacional, a tabela 3 permite observar que os participantes referem ter recebido vários tipos de apoio por parte da família. Os resultados sugerem que a família presta sobretudo apoio afectivo, momentos de interação social positiva e apoio emocional. É, no entanto, curioso notar que mais indivíduos empregados referem ter recebido apoio por parte da família do que os indivíduos desempregados, o que pode sugerir que estes últimos sentem o apoio recebido por parte das suas redes relacionais como insuficiente. Apesar disso observa-se um aumento relevante do número de pessoas (quer empregados, quer desempregados) que refere ter recebido apoio emocional por parte da família entre os momentos antes e após a perda de emprego. Nesta linha, verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre a situação profissional atual e a percepção de apoio recebido antes da perda de emprego no que diz respeito ao apoio material, $\chi^2(1) = 6,568$, $p = ,010$ (V de Cramer = ,239) e ao apoio afectivo, $\chi^2(1) = 5,247$, $p = ,022$, (V de Cramer = ,214) sendo ambas de fraca intensidade. O mesmo acontece relativamente ao momento após a perda de emprego, isto é, regista-se uma associação significativa do ponto de vista estatístico e de intensidade moderada entre a situação profissional atual e a percepção de apoio material recebido, $\chi^2(1) = 10,450$, $p = ,001$ (V de Cramer = ,301) e entre a situação profissional atual e a percepção de apoio afectivo

recebido, $\chi^2(1) = 6,162$, $p = ,013$, sendo esta de fraca intensidade (V de Cramer = ,231).

Relativamente aos amigos (Tabela 3), a situação é bastante semelhante, ou seja, os participantes referem ter recebido vários tipos de apoio ao longo do seu percurso de vida e após a perda de emprego. É, no entanto, a interação social positiva que se destaca em ambos os momentos e relativamente a ambos os grupos. À semelhança do que se verificou com a

família, também relativamente ao apoio recebido por parte dos amigos são sobretudo os indivíduos empregados que referem ter recebido mais apoio, o que pode novamente sugerir que os indivíduos desempregados sentem o apoio recebido como insuficiente.

Tabela 3. Apoios recebidos por parte da família para o total dos participantes e em função da situação profissional

	Situação profissional				Total dos participantes N = 115		χ^2	Situação profissional				Total dos participantes N = 115		χ^2
	Empregados n = 59		Desempregados n = 56					Empregados n = 59		Desempregados n = 56				
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%			
	Apoio recebido por parte da família							Apoio recebido por parte dos amigos						
Antes da perda de emprego														
Apoio Material	22	37,3	9	16,1	31	27	6,568**	9	15,3	3	5,4	12	10,4	3,011†
Apoio Afetivo	49	83,1	36	64,3	85	73,9	5,247*	23	39	22	39,3	45	39,1	0,001
Interação social positiva	33	55,9	28	50	61	53	0,406	35	59,3	29	51,8	64	55,7	0,661
Apoio Emocional	29	49,2	18	32,1	47	40,9	3,44	30	50,8	15	26,8	45	39,1	6,984**
Informação	26	44,1	17	30,4	43	37,4	2,307	25	42,4	16	28,6	41	35,7	2,385
Após a perda de emprego														
Apoio Material	23	39	7	12,5	30	26,1	10,450***	8	13,6	4	7,1	12	10,4	1,266
Apoio Afetivo	49	83,1	35	62,5	84	73	6,162*	23	39	29	51,8	52	45,2	1,901
Interação social positiva	32	54,2	27	48,2	59	51,3	0,417	34	57,6	26	46,4	60	52,2	1,444
Apoio Emocional	31	27	27	48,2	59	51,3	0,417	24	40,7	20	35,7	44	38,3	0,3
Informação	21	35,6	21	37,5	42	36,5	0,045	26	44,1	16	28,6	42	36,5	2,976†
Outro	3	5,1	--	--	3	2,6	--	9	15,3	3	5,4	12	10,4	3,011†

$p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A análise da relação entre a percepção de apoio recebido e a situação profissional demonstra a existência de uma associação

estatisticamente significativa, ainda que de fraca intensidade, entre a percepção de apoio emocional recebido antes da perda de emprego e a situação profissional atual, $\chi^2(1) = 6,984$, $p = ,008$ (V de Cramer = ,246), sendo que 51% dos indivíduos atualmente empregados referem ter recebido este tipo de apoio por parte dos amigos, em comparação com os 27% de indivíduos atualmente desempregados (Tabela 3).

A análise dos scores globais obtidos na WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006) permite corroborar os resultados obtidos na sequência das entrevistas semi-estruturadas. Isto porque, relativamente à avaliação subjetiva de QV por parte dos participantes, os resultados da estatística descritiva obtidos sugerem melhores indicadores de QV no Domínio Psicológico (M=70,33; dp=15,16) e no Domínio Físico (M=68,26; dp=16,81) e indicadores ligeiramente mais negativos nos Domínios das Relações Sociais (M=66,96; dp=19,34) e do Ambiente (M=60,84; dp=12,01). De referir ainda que na Faceta Geral os resultados são bastante satisfatórios, com um valor médio de 63,37 pontos, ainda que o desvio-padrão seja relativamente elevado (dp=15,42). Importa ainda salientar que os indivíduos empregados (no momento da recolha de dados) evidenciam melhores indicadores de QV em todos os domínios de análise do que os desempregados.

Tabela 4. Diferenças na QV em função da situação profissional (teste t)

	Situação profissional	Média (dp)	t	p
Domínio Físico	Empregado	73,67 (15,57)	3,737	,000***
	Desempregado	62,56 (16,30)		
Domínio Psicológico	Empregado	74,22 (14,79)	2,922	,004**
	Desempregado	66,22 (14,56)		
Domínio das Relações Sociais	Empregado	69,63 (20,34)	1,532	,128
	Desempregado	64,14 (17,97)		
Domínio Ambiente	Empregado	63,45 (13,01)	2,444	,016*
	Desempregado	58,09 (10,28)		
Faceta geral	Empregado	67,80 (15,43)	3,294	,001***
	Desempregado	58,71 (14,09)		

$p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Comparando as pontuações dos participantes em função da situação profissional (com recurso ao teste t para amostras independentes),

verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos indivíduos empregados e o grupo dos indivíduos desempregados em três dos domínios da WHOQOL-Bref e na faceta geral, sendo que os primeiros demonstram níveis de QV mais elevados em todos os domínios. Além disso, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no Domínio Físico, $t(113) = 3,737$, $p = ,000$, no Domínio Psicológico, $t(113) = 2,922$; $p = ,004$, no Domínio Ambiente, $t(113) = 2,444$; $p = ,016$ e na Faceta Geral, $t(113) = 3,294$, $p = ,001$ o que sugere (ainda que parcialmente) que os ex-trabalhadores dos ENVC empregados apresentam melhores indicadores de QV do que os que se encontram desempregados (Tabela 4).

Deste modo, verificadas associações estatisticamente significativas entre a situação profissional (no momento da recolha de dados) dos ex-trabalhadores dos ENVC e a percepção de bem-estar individual, considerou-se pertinente procurar prever a situação face ao mercado de trabalho em função de uma série de indicadores de natureza individual e contextual. Nesta linha, e no sentido de avaliar a significância das variáveis (1) Idade, (2) Dimensão da rede social, (3) Rendimento do agregado familiar, (4) Estratégias de procura de emprego (contactos sociais), (5) Estratégias de *coping* predominantemente utilizadas, (6) Experiências prévias de emprego e (7) Experiências prévias de desemprego para a probabilidade de estar desempregado, recorreu-se à regressão logística pelo método Enter, como descrito em Marôco (2014). A análise demonstrou, com todos os preditores, que as variáveis Dimensão da rede social de apoio no momento da perda de emprego ($b_{\text{Rede}} = -,018$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 1,550$; $p = ,213$; OR = ,982), Rendimentos no momento da perda de emprego ($b_{\text{Rendimentos}} = ,101$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = ,044$; $p = ,835$; OR = 1,106), Estratégias de procura de emprego ($b_{\text{Contactos Sociais}} = ,714$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 1,160$; $p = ,281$; OR = 2,042), Estratégias de *Coping* ($b_{\text{Coping(positivo)}} = 1,015$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 2,237$; $p = ,135$; OR = 2,760), Experiência profissional noutras entidades ($b_{\text{Experiência profissional}} = -,608$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = ,893$; $p = ,345$; OR = ,545) e Experiência prévia de desemprego ($b_{\text{Experiência desemprego}} = -,882$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 1,291$; $p = ,256$; OR = ,414), não apresentavam um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de estar desempregado. Pelo contrário, a variável Idade ($b_{\text{Idade}} = ,209$; $X^2_{\text{Wald}}(1) = 28,154$; $p = ,000$; OR = 1,232) apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de estar desempregado de

acordo com o modelo *Logit* ajustado ($G^2(7) = 67,280$; $p = ,000$; $X^2_{Wald}(8) = 12,436$; $p = ,133$; $R^2_{CS} = ,452$; $R^2_N = ,602$). A tabela 5 resume os coeficientes do modelo e a sua significância.

Tabela 51. Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da situação profissional (Método Forward:LR)

Variáveis	B	S. E.	X ² Wald	df	p-value	Exp(B)	I.C. a 95% para Exp(B)
Idade no momento da perda de emprego	,186	,034	30,180	1	,000	1,204]1,127; 1,287[
Constant	-9,271	1,753	27,973	1	,000	,000	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desemprego continua a ser um dos maiores desafios das sociedades industrializadas. Para além das repercussões económicas e sociais, as questões relativas à experiência individual de desemprego têm atraído, recentemente, uma atenção crescente. Todavia, ainda que sejam já vários os estudos que documentam os efeitos prejudiciais do desemprego para o bem-estar individual, pouco se sabe ainda acerca das características individuais e contextuais que se podem assumir como recursos ou constrangimentos para a vivência da situação de desemprego (Bauman, 2015b). Assim, partindo de um caso específico – a reprivatização dos ENVC e o conseqüente despedimento dos mais de 600 trabalhadores – procurou-se compreender a experiência de desemprego involuntário e analisar o papel do *coping* e das redes sociais para a QV e bem-estar dos indivíduos. Deste modo, a presente investigação, baseando-se num conjunto particular de dados acerca da experiência de desemprego involuntário, apresenta resultados que confirmam a heterogeneidade deste fenómeno – mesmo a amostra sendo constituída integralmente por ex-trabalhadores de uma mesma entidade que perderam o emprego entre 2013 e 2014 e foram avaliados aproximadamente 2 anos depois. Além disso, a metodologia mista utilizada permitiu enriquecer os dados recolhidos e potenciar a compreensão dos mecanismos individuais e contextuais envolvidos na vivência do desemprego e na probabilidade de reintegração no mercado de trabalho. Sem a pretensão de generalizar os resultados obtidos à população, entende-se que estes podem ser úteis para (re)

pensar as políticas sociais de apoio ao emprego em Portugal e particularmente ao nível local/regional.

Efectivamente, conscientes de que as experiências de desemprego são altamente heterogéneas, assim como o são os factores intervenientes e as múltiplas combinações entre eles, é também certo que os desempregados não são vítimas passivas da sua situação. São, ao invés disso, agentes activos no seu próprio desenvolvimento com acesso a recursos internos e externos que lhes permitem lidar com situações de vida difíceis. Cabe, porém, ao Estado Social garantir que todos os indivíduos têm acesso aos recursos necessários para o seu bem-estar.

A evidência demonstra também que o desemprego involuntário é atualmente um fenómeno estrutural e desestruturante – quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista social – e que são cada vez mais os indivíduos que, em algum momento da sua trajectória profissional, experienciam períodos mais ou menos longos de desemprego. Esta combinação de factores, aliada à conjuntura de fraco crescimento económico, não pode, no entanto, ser argumento para discursos culpabilizantes, nem desculpabilizantes, acerca dos desempregados (Almeida et al., 2013). A Sociedade civil e o Estado (e eventualmente o Mercado) precisam tomar efectivamente consciência deste aspecto e criar condições para que os desempregados, mais não seja pelo elevado número que assumem, tenham uma voz mais activa na definição das decisões públicas no domínio das políticas sociais de apoio ao emprego. É fundamental que as políticas sociais sejam construídas a partir de uma abordagem bottom-up que ouça os desempregados, que atendam às suas necessidades e potencialidades e que se assumam como um apoio verdadeiramente útil e sistemático oferecendo condições, e opções, para que os indivíduos possam exercer a sua capacidade de agência em equidade de circunstâncias. Além disso, a tomada de consciência de que as várias mudanças a que assistimos nas sociedades desenvolvidas nos últimos anos, tais como as alterações demográficas, o envelhecimento da população e da força de trabalho, as migrações laborais internacionais, o aumento da taxa de desemprego, as crescentes instabilidade e flexibilidade do emprego, entre outras, não mais se coadunam com o modelo de emprego em que o Estado-Providência foi desenvolvido (Kovács & Lopes, 2010;

Góis, 2012) é igualmente fundamental. A relação emprego-desemprego é hoje mais fluída e heterogênea, pelo que as políticas sociais precisam de se ajustar a esta nova realidade. Se tradicionalmente o propósito dos sistemas de segurança social era essencialmente o de garantir um rendimento de substituição aos indivíduos e a manutenção dos padrões de consumo durante os períodos de desemprego, no contexto atual a prioridade são essencialmente as políticas promotoras do reingresso no mercado de trabalho (Valadas, 2013). É, todavia, fundamental manter presente que as políticas sociais são muito úteis para minimizar situações de pobreza e potenciar o BES dos desempregados, isto é, ainda que não substituam na totalidade os rendimentos do trabalho podem minorar as consequências negativas do desemprego e reduzir os períodos *between jobs* (O'Campo et al., 2015). Assim, para evitar a acumulação de desvantagens entre os segmentos já mais vulneráveis de desempregados, as respostas disponibilizadas pelo Estado de Bem-estar precisam ainda de se tornar mais congruentes com as necessidades e potencialidades dos indivíduos.

Neste sentido, e na linha do que tem vindo a ser sugerido a nível nacional e internacional, os resultados do presente estudo reforçam a importância deste esforço de adequação e inovação. Considera-se nuclear promover a investigação, a discussão e a reflexão acerca da relação emprego-desemprego e das variáveis que podem interferir no modo como cada um experiencia a situação, bem como o enfoque na preservação e rentabilização do capital humano. Em jogo está não só o bem-estar dos indivíduos desempregados, das suas famílias e da sociedade como um todo, como também o futuro do próprio Estado Social pois estamos perante uma sociedade cada vez mais envelhecida, mais qualificada e detentora de competências a quem se precisam garantir condições de usufruto de uma vida com bem-estar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J., SANTOS, E., ALBUQUERQUE, C. & FERREIRA, J. Desemprego e empreendedorismo: da ambiguidade da relação conceitual à eficácia das práticas de intervenção social. **Plural**, 20(1), 31-56, 2013.

AMORIM, M. I. Para lá dos números... Aspectos psicossociais e Qualidade de Vida do indivíduo com Diabetes Mellitus tipo 2. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2006.

ANDERSEN, J. Coping with long-term unemployment: economic security, labour market integration and well-being. Results from a Danish panel study, 1994 –1999. **International Journal of Social Welfare**, 11, 178–190, 2002.

ANTONUCCI, T., BIRDITT, K., & AKIYAMA, H. Convoys of social relations: An interdisciplinary approach. In V. L. Bengston, D. Gans, N. M. Pulney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 247-260). New York: **Springer Publishing**, 2009.

ATKINSON, T., LIEM, R., & LIEM, J. H. The social costs of unemployment: implications for social support. **Journal of Health and Social Behavior**, 27(4), 317-331, 1986.

BACCARO, L. Does the global financial crisis mark a turning point for labour? **Socio-Economic Review**, (8), 341–376, 2010.

BAUMANN, I. Decreased well-being after job loss: testing omitted causes. **LIVES Working Papers**, 36, 1-33, 2015a.

BAUMANN, I. Labor market experience and well-being after firm closure: Survey evidence on displaced manufacturing workers in Switzerland (Thèse de Doctorat). Faculté des Sciences Sociales et Politiques, l'Université de Lausanne, Lausanne, Suisse, 2015b.

BRAND, J. The far-reaching impact of job loss and unemployment. *Annual Review of Sociology*, 41, 2015.

CABRAL, M., FERREIRA, P., SILVA, P., JERÓNIMO, P., & MARQUES, T. Processo de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: **Fundação Francisco Manuel dos Santos**, 2013.

CALEIRAS, J. Do desemprego à pobreza? Trajectórias, experiências e enfrentamentos. **E-cadernos CES**, 2, 2008. Retirado de <<https://eces.revues.org/1472>>.

CANAVARRO, M. C., SIMÕES, M. R., VAZ SERRA, A., PEREIRA, M., RIJO, D., QUARTILHO, M. J., ... CARONA, C. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: **Quarteto Editora**, 2007.

CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches* (3ed.). **SAGE Publishing**, 2013.

DAVIES, S. The quality distribution of jobs in search equilibrium. Mimeo: **University of Chicago**, 1996.

DIENER, E., LUCAS, R. E., & SCOLLON, C. N. Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. **American Psychologist**, 61(4), 305-314, 2006.

FONSECA, A. *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: **Climepsi Editores**, 2004.

GALLIE, D. & PAUGAM, S. *Welfare Regimes and the Experience of Unemployment in Europe*. Oxford: **Oxford University Press**, 2000.

GALLIE, D., PAUGAM, S. & JACOBS, S. Unemployment, Poverty and Social Isolation: Is there a vicious circle of social exclusion? **European Societies**, 5(1), 1–32, 2003.

GÓIS, C. *A europeização das políticas de emprego: impactos e implicações no caso português* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal, 2012.

HAHN, E., SPECHT, J., GOTTSCHLING, J., & SPINATH, F. M. *Coping with Unemployment: The Impact of Unemployment Duration and Personality*

on Trajectories of Subjective Well-Being? **European Journal of Personality**, 29, 635-646, 2015.

HARDT, J. & RUTTER, M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, and Allied Disciplines, 45(2), 260-273, 2004.

HEADEY, B. The set point theory of well-being has serious flaws: on the eve of a scientific revolution. **Social Indicators Research**, 97, 7-21, 2010.

HESPANHA, P., CALEIRAS, J., PESSOA, S., & PACHECO, V. É o (des)emprego fonte de pobreza? O impacto do (des)emprego na pobreza e exclusão social no distrito de Coimbra. Porto: **Rede Europeia Anti-Pobreza**, 2007.

HOLMES, T. H., & RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. **Journal of psychosomatic research**, 11, 213, 1967.

JAHODA, M., LAZARUS, P., ZEISEL, H. Marienthal: The Sociography of na Unemployed Community. Chicago: **Aldine**, 1933.

JOPP, D., & SCHMITT, M. Dealing with negative life events: differential effects of personal resources, coping strategies, and control beliefs. **European Journal of Ageing**, 7, 167-180, 2010.

KOVÁCS, I. & LOPES, M. A juventude e o emprego: entre a flexibilidade e a precariedade. In S., Casaca (Ed.), Mudanças laborais e relações de género: novos vetores de (des)igualdade. Lisboa: **Fundação Económicas & Almedina**, 2012.

KUNZ, J. Unemployment and employment policy at local level: a comparative case study (PhD thesis). University of Tampere, Finland, 2004.

LAZARUS, R. Psychological stress and coping in adaptation and illness. International **Journal of Psychiatry in Medicine**, 5, 321-333, 1974.

LAZARUS, R., & FOLKMAN, S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. H., Appley & R., Trumbull (Eds), Dynamics of stress:

physiological, psychological, and social perspectives (pp. 63–80). New York: **Plenum**, 1986.

MANTLER, J., MATEJICEK, A., MATHESON, K., & ANISMAN, H. Coping with employment uncertainty: a comparison of employed and unemployed workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(3), 200–209, 2005.

MARÇANO, I. Trabalho e vidas. Práticas sociais e vivência subjectivas no desemprego. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2013.

MARÔCO, J. Análise estatística com o SPSS Statistics (6ª ed). Pêro Pinheiro: **ReportedNumber**, 2014

MCKEE-RYAN, F. M., SONG, Z., WANBERG, C. R., & KINICKI, A. J. Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53–76, 2005.

NETO, F., BARROS, J., & BARROS, A. Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano, & J. Marques (Eds.). A ação educativa: análise psicossocial (pp.105–117). Leiria: **ESEL/APPORT**, 1990.

O'CAMPO, P., MOLNAR, A., EDWIN, N., RENAHY, E., MITCHELL, C., SHANKARDASS, K., ST. JOHN, A., BAMBRA, C., & MUNTANER, C. Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science & Medicine*, 132, 88–94, 2015.

OESCH, D., & LIPPS, O. Does Unemployment Hurt Less if There is More of it Around? A Panel Analysis of Life Satisfaction in Germany and Switzerland. *European Sociological Review*, 29(5), 955–967, 2012.

PAÚL, C., & FONSECA, A. Psicossociologia da saúde. Lisboa: **Climepsi Editores**, 2001.

PESTANA, N. Trabalhadores mais velhos: Políticas públicas e práticas empresariais. Lisboa: Ministério da Segurança Social e do Trabalho – Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, 2003.

SCHRODER, M. Scar or blemish? Investigating the long term impact of involuntary job loss on health. In A. Boersch-Supan, M., Brandt, K. Hank, & M. Schroder (Eds.), *The individual and the welfare state: Life histories in Europe* (pp. 191-202). Berlin: **Springer**, 2011.

SCHRODER, M. Jobless now, sick later? Investigating the long-term consequences of involuntary job loss on health. **Advances in Life Course Research**, 18(1), 5-15, 2013.

SENNETT, R. *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York: **Norton**, 1998.

TAP, P., COSTA, E. S., & ALVES, M. N. Escala toulousiana de coping (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 6(1), 47-56, 2005.

VALADAS, C. Mudanças nas políticas: do (des)emprego à empregabilidade. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 102, 89-110, 2013.

WINKELMANN, R. Unemployment, social capital, and subjective well-being. **Journal of Happiness Studies** 10 (4), 421-430, 2008.

SEXUALIDADE: CONTRIBUIÇÕES DA TÉCNICA DE APERCEPÇÃO PARA IDOSOS – SAT

VIRGINIA LUCIA COSTA NEVES

Psicóloga. Especialista em Gerontologia, Mestra e Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, virginianeves.5@gmail.com;

CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

Doutora em Psicologia (UnB). Professora adjunta IV da Universidade Católica de Pernambuco. E-mail: cristina.msbd@gmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral conhecer as percepções da pessoa idosa acerca da sexualidade por meio das histórias projetadas no *Senior Apperception Technique* – SAT. Especificamente almejou: analisar as percepções, as motivações, os sentimentos e as perspectivas para o futuro nas narrativas eliciadas pelas figuras do SAT. Participaram sete idosos na faixa etária entre 60 a 75 anos, de ambos os sexos. Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico e as lâminas 1, 5, 9, 13 e 15 do *Senior Apperception Technique* – SAT (no Brasil, validado como Técnica de Apercepção para idosos – SAT). Os resultados foram analisados conforme o Manual, o Livro de Instruções e as Fichas de Categorias do Livro de Avaliação SAT. Os principais resultados da aplicação do SAT foram: 1) todos perceberam adequada e discriminadamente os estímulos, à exceção de um deles, que divagou um pouco; quanto às motivações se sobressaiu a “relação” na interação com o ambiente; 3) os sentimentos predominantes foram positivos; 4) os sentimentos em relação ao futuro, na sua maioria, foram não discerníveis (ND), ou ausentes; 5) as figuras que mais eliciaram narrativas consonantes à sexualidade foram as de número 9 e 15. Assim sendo, conclui-se pelo reconhecimento de diferentes percepções da sexualidade na velhice. Estima-se contribuir na apresentação do SAT como um instrumento relevante na compreensão de questões centrais e/ou específicas do envelhecimento, na prática psicológica e em intervenções psicoeducativa com pessoas idosas.

Palavras-chave: Sexualidade. Pessoa idosa. Velhice. Teste de Apercepção para Idosos (SAT).

INTRODUÇÃO

O ser humano no transcorrer do seu desenvolvimento, que ocorre de forma singular - indivíduo a indivíduo, percorre uma sequência de eventos biopsíquicos que vão do nascimento morte. O passar dos anos se configura em ciclos que envolvem aceitações, adaptações, apropriações e superações diversas para a manutenção de uma vida satisfatórias na qual se espera ter autonomia e independência biopsicossocial.

Entre outros fatores, os avanços técnico-científicos da sociedade atual vêm possibilitando um crescente aumento no número dos senescentes. Para além disto, profissionais de todas as áreas vêm sendo instigados a estudar as percepções, as motivações e os sentimentos deste contingente populacional, entre os quais a sexualidade aparece de forma expressiva, como um panorama emergente, na perspectiva de uma vida longa e de qualidade.

O envelhecimento e a velhice são realidades heterogêneas, ligadas à pessoa, às atividades e escolhas feitas ao longo da vida (DANTAS et al., 2017). Conquanto se relacione com um período de maior fragilidade física, emocional e socioeconômica, para alguns, não é sinônimo de doença ou incapacidade (GIDDENS, 2005). Apesar de, frequentemente, estar associada à finitude, a perdas e a doença, a pessoa idosa continua sendo "ela mesma" com sonhos, desejos e sentimentos compatíveis com seu momento de vida, visto não desaparecerem, só porque envelheceu (FALCÃO, 2016; GOMES et al., 2018).

Muitos fatores desencorajam os movimentos em busca de novas experiências, nessa fase da vida, em especial, os envolvimento e as manifestações afetivas. No senso comum, os idosos ainda são considerados assexuados e convivem com a negação, o preconceito e o receio de julgamentos, especialmente dentro da própria família. Esta costuma atribuir ao indivíduo idoso papéis como os de avô e avó, cuidador, ou infantiliza-os, por ocasião das escolhas pessoais, entre outros. (ARAÚJO, 2015; OLIVEIRA et al., 2016).

Na década de 1980, o psicólogo alemão Paul B. Baltes (1939 - 2006), inovou ao caracterizar o envelhecimento numa perspectiva de desenvolvimento psicológico ao longo de toda a vida (*lifespan*). Assim, foi conduzido a criar a Teoria de Seleção, Otimização e Compensação

(Teoria SOC), a qual fundamenta a importância da manutenção das pessoas ativas, motivadas para gerenciar suas vidas e regular suas emoções, num processo de compensação. Estes conceitos se adequam as modificações e aos ajustamentos relacionados à idade, também apresentados no âmbito da sexualidade, **discutidas neste experimento** (BATISTONI, 2016; NERI, 2006).

A sexualidade humana é um dos aspectos fundamentais à vida e está presente em todas as fases do desenvolvimento, apesar do termo, consensualmente, ser relacionado à atividade sexual. Por outro lado, as marcas deixadas no corpo ao longo do percurso vivido não anulam o desejo, a necessidade de afeto e os sentidos de vida. No tocante às percepções, elas tendem a mudar: as escolhas ficam mais seletivas e adequadas à vida que foi experienciada a nível físico e/ou emocional, reinventando-se nos desdobramentos do cotidiano, entre o real e as fantasias passadas e futuras (NEVES; DIAS, 2019).

No que diz respeito aos testes projetivos, estes são instrumentos que mobilizam conteúdos inconscientes, entrando em ação características da estruturação e integração subjetivas. As histórias provocadas pela "percepção do estímulo e a resposta envolve associações ao nível de processo primário e uma elaboração do processo secundário". A percepção é um encargo da personalidade como um todo e pode ser compreendida quando se solicita um relato, no qual entram variáveis individuais (TARDIVO, 2016, p. 190).

A Técnica de Apercepção para Idosos – SAT é uma técnica projetiva temática para pessoas idosas, inspirada e considerada uma extensão do Teste de Apercepção Temática (TAT), de Henry Murray. Foi criado em 1973, por *Leopold* e *Sonya Bellak*, os mesmos criadores da Técnica de Apercepção para Crianças (CAT) e revisado por *Bellak* e *Abrams*, em 1997. O conjunto completo é composto por 17 figuras, contendo desenhos impressos em nuances da cor preta, papel tipo *Vergê* 180g, cada uma medindo 28x21cm. Os objetivos são altamente específicos para investigar as problemáticas, atitudes pessoais e questionamentos que envolvem as pessoas idosas, obtendo um panorama concreto sobre o que os afligem, através das histórias narradas a partir das figuras.

O SAT foi adaptado e validado no Brasil por Tardivo, Miguel e Silva, em 2012, após a realização do estudo intitulado: "Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: estudo de validação do teste

projetivo – SAT”, realizado com 102 participantes de 60 a 85 anos, entre 2010 e 2011 (BELLAK; ABRAMS, 2012a).

Portanto, justifica-se a importância de pesquisar as implicações que envolvem este tema, com a finalidade de dar visibilidade às pessoas idosas e permitir uma melhor expressão de suas percepções, motivações e sentimentos, assim como conhecer o potencial do SAT. Entender melhor e aceitar a sexualidade no envelhecimento e velhice como natural e saudável fomenta sentimentos saudáveis e promove autoestima.

Diante da relevância do tema, a presente pesquisa teve como objetivo geral conhecer as percepções da pessoa idosa acerca da sexualidade, por meio das histórias projetadas no *Senior Apperception Technique* – SAT. Especificamente almejamos: analisar as percepções, as motivações, os sentimentos e as perspectivas para o futuro nas narrativas eliciadas pelas figuras do SAT.

METODOLOGIA

Este foi um estudo transversal de caráter qualitativo, com base no manual original da técnica projetiva SAT, no qual se pesquisou um grupo social específico. O método qualitativo, afeito a Análise de Conteúdo Temático se adequa as interpretações das histórias, das representações e das percepções dos indivíduos acerca de suas vivências, dos seus sentimentos e dos seus pensamentos (MINAYO, 2014).

A amostra foi intencional, incluindo pessoas com problemáticas idênticas e foi representada por sete pessoas entre 60 e 75 anos de ambos os sexos, para as quais foram utilizados nomes fictícios, preservando a identidade dos participantes. Dois eram casados, dois divorciados, dois viveram em comunhão estável e um viúvo. A escolaridade variou do primeiro grau ao nível superior e todos eram de classe média. Quanto as atividades laborais: três continuavam trabalhando, três estavam aposentados, um era pensionista.

As participantes do sexo feminino tinham: 75 anos (duas), 69 anos (uma), 63 anos (uma) e 60 anos (uma). Os participantes do sexo masculino: 67 anos (um) e 63 anos (um).

Os critérios de inclusão foram: ter no mínimo 60 anos; estar em condições físicas e cognitivas de olhar as figuras impressas nas

pranchas do SAT e narrar uma história, a partir de suas percepções; participar de grupos para idosos, promovidos por uma entidade de Ensino Superior da cidade do Recife; se dispor a participar da pesquisa voluntariamente. Não foram controladas crenças religiosas, escolaridade, estado civil, condição socioeconômica e profissão.

Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico contendo perguntas relativas a: nome, idade, sexo, com quem reside, atividade de lazer e a participação em grupos para idosos; as figuras 1, 5, 9, 13, 15 do SAT.

O kit do instrumento que acompanha as 17 figuras: SAT – Técnica de Apercepção para

Idosos: Livro de Instruções, volume 1; SAT- Livro de Avaliação, volume 2: Ficha de Categorias; e, Manual original – Técnica Projetiva Temática Para Idosos, todos de Leopoldo Bellak e David M. Abrams. As fichas de categorias são folhas individuais, numeradas sequencialmente, e contém: a identificação do participante (nome, idade, local de nascimento, sexo, escolaridade e data de aplicação), seguido de quatro quadros, um para cada categoria, nos quais são colocados os resultados, a partir das histórias. As categorias são: percepção, motivação, sentimentos e perspectivas para o futuro, cada uma delas com subcategorias específicas (BELLAK; ABRAMS, 2012a; BELLAK; ABRAMS, 2013).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE no 073228919.9.0000.5206. Os participantes foram convidados(as), pela pesquisadora, entre os frequentadores de um grupo de idosos, informados sobre o sigilo e a garantia do anonimato. Foi solicitada a permissão para gravação, para posterior transcrição e agendado dia e horário, para a realização da pesquisa, numa sala dentro da instituição.

Antes de iniciar a entrevista o(a) participante foi bem acomodado(a), questionado se havia necessidade de informações complementares, antes de seguir para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisado(a) e outra com a pesquisadora. Desta feita, se deu início a gravação e a aplicação dos instrumentos. Primeiro o questionário sociodemográfico, em seguida o SAT. Cada aplicação durou cerca de 40 minutos.

Na aplicação do SAT as cinco figuras foram apresentadas uma após a outra na ordem crescente, figura 1, 5, 9, 13 e 15. Cada figura era oferecida, isoladamente ao participante, com a instrução: "Observe esta figura e conte uma história sobre a cena" (BELLAK; ABRAMS, 2012a, p. 45). Esperava-se o desenvolvimento da narrativa, que não deveria ultrapassar os cinco minutos, sem êxito, segundo a técnica. Quando se percebia dificuldades para iniciar a história seguia-se para a próxima figura, dizendo: "Podemos voltar para esta depois" (BELLAK; ABRAMS, 2012a, p. 45). Todas as outras figuras ficavam viradas para baixo, antes e depois da apresentação e fora do(a) alcance do(a) participante. Embora, a orientação recomende, que ao ser observado, quaisquer sinais de fadiga, o processo seja interrompido, dando um intervalo de 10 minutos ou agendando outro dia e horário, para dar continuidade nos mesmos padrões, neste experimento todos os participantes conseguiram concluir o proposto no dia e hora acordados.

Os dados coletados da aplicação do SAT, foram analisados qualitativamente, considerando as orientações do Manual, do Livro de Instruções e do Livro de Avaliação - Ficha de Categorias. Assim, as histórias foram analisadas, para: *categoria percepção*: subcategoria adequação (típica ou atípica), qualidade (discriminada ou superficial) e vida interior (presente ou ausente); *categoria motivação*: subcategoria para interação com o ambiente (ação, reação, ausente ou não discerníveis - ND) e para solução de problemas (presente, ausente ou ND); *categoria sentimentos*: subcategoria predominantes (positivos, negativos ou ND), em relação ao ambiente (positivos, negativos ou não discerníveis - ND) e em relação a velhice (positivos, negativos ou não discerníveis - ND); *categoria perspectiva para o futuro*: subcategoria futuro imediato (positivas, negativas, resignadas ou não discerníveis - ND) e futuro remoto (positivas, negativas, resignadas ou não discerníveis - ND) (BELLAK; ABRAMS, 2012a, 2012b).

Cada aspecto descrito acima recebeu ou não, um ponto, no local correspondente na linha da ficha de categorias, dentro do espectro de respostas possíveis na técnica. Foi feita uma síntese dos conteúdos eliciados, compatíveis com a pontuação, num quadro geral (Quadro 1) com todos os participantes demonstrando o potencial provocativo sobre a percepção da sexualidade, observado por meio das histórias projetadas pelo SAT.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As interpretações relevantes das narrativas dos participantes, para cada figura em seus respectivos contextos serão descritas seguindo as orientações técnica, na ordem em que foram aplicadas (BELLAK; ABRAMS, 2012a).

Na categoria *percepção* as histórias podem estar adequadas, ter qualidade e vida interior. Adequação: típicas (estão de acordo com as normas, semelhante a maioria das pessoas) e atípicas (quando a interpretação do estímulo é diferente da maioria das pessoas). Qualidade: discriminada (quando mencionam um elemento, além do personagem central; superficial (menciona apenas os elementos centrais); Vida interior: presente (mencionam aspectos da vida interior, como pensamentos, sentimentos, atitudes) ou ausente (o relato é descritivo ou restrito).

Na categoria *motivação* os estímulos se relacionam à interação com o ambiente (ação e reação) e para solução de problemas (presente, ausente ou ND). Para interação com o ambiente, evoca: "ação" (quando os comportamentos do herói visam agir sobre ou modificar o ambiente) e "relação" (quando os comportamentos do herói visam estabelecer, manter ou gratificar relacionamentos; ausentes, (não há motivação para interagir com o ambiente) ou ND - não discernível (não há elementos suficientes na narrativa).

Na categoria *sentimentos*, a partir do estímulo são predominantes; em relação ao ambiente; em relação à velhice ((positivos, negativos ou ND). Sentimentos predominantes: positivos (satisfação, realização, bem-estar, esperança, amor); negativos (tristeza, desamparo, solidão, desesperança, medo, raiva) ou ND. Em relação ao ambiente: positivos (um ambiente que oferece possibilidade de solução de problema, gratificantes, acolhedor); negativos (se o ambiente é visto como indiferente, hostil, fonte de problemas) ou ND. Em relação à velhice: positivos (possibilidades de bem-estar e gratificação); negativos (sugestivo de conflitos, insatisfações, abandono, impotência, possibilidade de problemas) ou ND.

Na categoria *perspectiva para o futuro*, as histórias projetam o futuro imediato e o futuro remoto (positiva, negativa, resignada e não discerníveis). Perspectiva de futuro imediato: positiva (solução de

problemas imediatos, bem-estar ou gratificações em curto prazo); negativa (perspectivas de problemas, conflitos, insatisfação em curto prazo); resignada (aceitação do que o futuro trouxer) ou ND. Perspectiva de futuro remoto: positiva (solução de problemas imediatos, bem-estar ou gratificações em curto prazo – a narrativa evoca lições para toda a vida); negativa (perspectivas de problemas, conflitos, insatisfação em longo prazo – a narrativa evoca condições insatisfatórias para toda a vida); resignada (aceitação do que o futuro trouxer) ou ND (BELLAK; ABRAMS, 2012a, p. 48-49).

Figura 1 - Conversa

“Na amostra brasileira as temáticas mais comuns são as de pessoas conversando ou fazendo focos ou procurando resolver problemas de família, até mesmo herança. As personagens costumam ser percebidas como pessoas de família, prevalecendo um clima favorável para resolver as questões, embora as situações negativas ou neutras estejam presentes em muitas ocasiões, entre as quais aquelas em que as personagens estão resolvendo problemas de saúde, com médicos ou outros profissionais de saúde” (BELLAK & ABRAMS, 2012a, p. 12-13).

Na *percepção* houve adequação dos sete participantes com narrativas típicas; discriminadas em relação à qualidade; para a vida interior apenas dois se fizeram presentes.

Adequação e discriminação:

“... estão conversando e esse do centro é um médico”
(Amazonita, 75 anos).

“... conversando sobre a vida... um orientador no centro”
(Jaspe, 63 anos).

Vida interior presente:

“... fui criado pela minha mãe e pela minha tia, que morreu ano passado” (Citrino, 67 anos).

Na *motivação*, na interação com o ambiente, os estímulos evocaram “relação” para dois participantes, em quatro esteve ausente e em

um foi ND; para a solução de problemas, três estavam presentes, um ausente e um ND.

Relação para interação com o ambiente:

"... elas estão aconselhando, qual a melhor situação dela (a irmã) encarar esta doença e seguir em frente" (Ametista, 60 anos).

Presente para solução de problemas:

"... ele (da esquerda) é o esposo desta (da direita) está contando uma história pra outra, a amiga, que quer ajudar... eles estão na sala da casa desse casal... é um assunto sobre filhos" (Amazonita, 75 anos).

Em relação aos *sentimentos* predominaram os positivos para três participantes e negativos para quatro; em relação ao ambiente, quatro foram positivos, dois negativos e um ND; em relação à velhice, uma narrativa foi negativa e seis ND.

Sentimentos predominantes positivos:

*"... o olhar desse cidadão (no centro) é incisivo para a senhora, que pelo gesto é sensível, pergunta com delicadeza e a outra responde com afeto, com **apreço**" (Jaspe, 63 anos).*

Sentimentos predominantes negativos:

"... parece uma mãe e uma filha conversando e talvez o diálogo não seja muito agradável e alguém no meio para decidir, o árbitro da questão... parece um desentendimento familiar" (Turmalina, 75 anos).

Sentimentos positivos em relação ao ambiente:

"... a amiga, que quer ajudar... é sobre uma festa que vai ter na casa de um dos filhos, estão combinando a festa" (Amazonita, 75 anos).

Sentimentos negativos em relação ao ambiente:

"... o senhor, que não está gostando. É como se tivesse fora da sintonia da conversa. Ele não está participando e não está gostando" (Safira, 63 anos).

Sentimentos negativos em relação à velhice:

"... parece um desentendimento familiar... a senhora da direita está tentando se justificar... é por aí, a conversa é sobre a liberdade e autonomia dos atos dela" (Turmalina, 75 anos).

Na categoria *perspectiva para o futuro*, para futuro imediato seis dos pesquisados não apresentaram elementos suficientes nas suas narrativas, entretanto, para um dos participantes a figura evocou um relato negativo; para futuro remoto, nenhum dos participantes apresentou elementos suficientes e foram considerados ND.

Figura 5 – Na sala

"Entre as temáticas prevaleceram as relacionadas a reuniões familiares ou da terceira idade, ligadas às necessidades sociais das pessoas que vivem em uma instituição, como casa de repouso. As narrativas apresentam clima positivo em sua maioria" (Bellak & Abrams, 2012a, p. 15).

A *percepção* foi típica, em relação à adequação, para todos os pesquisados; em relação qualidade, discriminadas; no que compete à vida interior, apenas dois fizeram referência, os outros cinco foram ND.

Adequação e discriminação:

"... um encontro de pessoas da terceira idade ou um lar geriátrico" (Ametista, 60 anos). *"... o mais velho lê o jornal, os demais jogam cartas, uma vovó vê a paisagem de uma cadeira de balanço... as duas aqui cocoricando"* (Jaspe, 63 anos).

"... aqui uma idosa participando, jogando... aqui estas duas fofocando, o cara lendo o jornal" (Rubi, 69 anos).

Vida interior presente:

"... deu a hora do almoço no trabalho e veio repousar, que nem eu fazia quando estava trabalhando. Tinha uma área lá, que a gente corria pra jogar dominó" (Citrino, 67 anos).

No que se refere à *motivação* para interação com o ambiente a "ação", esteve presente na história de um participante, em cinco esteve ausente e em um foi ND; para solução de problemas, um participante foi presente, em cinco estavam ausentes e para um foi ND.

Ação para interação com o ambiente:

"... a idosa não está participando da conversa, lá no canto olhando a vida, talvez seja o que falta em muitas famílias... vem pra cá e senta na mesa em vez de sentar lá esperando, participa mesmo" (Rubi, 69 anos).

Presente para solução de problemas:

"... esta coisa de inclusão do idoso na casa... vem pra cá e senta na mesa... participa mesmo... pode ser falta de entrosamento" (Rubi, 69 anos).

Nos *sentimentos* predominaram sentimentos positivos, para quatro participantes e negativos para três; em relação ao ambiente, quatro fizeram narrativas positivas e três negativas; em relação à velhice, três fizeram relatos negativos e quatro ND.

Sentimentos predominantes positivos:

"... estão se divertindo... pode ser hora de descanso ou de lazer" (Citrino, 67 anos). Sentimentos negativos em relação à velhice:

"... certamente estão na casa da vovó, a que menos está envolvida no processo...participar é ficar numa cadeirinha de balanço conversando com seus botões" (Turmalina, 75 anos).

A *perspectiva para o futuro*, no aspecto do futuro imediato foram negativas para dois participantes e ND para cinco; para futuro remoto, apenas uma história apresentou um conteúdo resignado.

Negativo para o futuro imediato:

"... quase sempre o idoso é mais um móvel... é muito triste" (Rubi, 69 anos).

Resignado para o futuro remoto:

"... o senhor que lê, no mundo especial dele... se está interessado na notícia, não sei, mas lê jornal todos os dias, mesmo que não passe nada na cabeça é outro destinado ao mesmo caminho da vovó... o destino é o mesmo" (Turmalina, 75 anos).

Figura 9 – No parque

"Na amostra brasileira, há referência à família reunida, velhos e jovens, em uma praça... expressa sentimentos provocados pela observação da geração mais jovem... recordação de um passado feliz do casal de idosos diante da felicidade do jovem casal que namora" (BELLAK; ABRAMS, 2012a, p. 17).

Todos os pesquisados apresentaram adequação à *percepção*, quanto à qualidade todas estavam discriminadas; os aspectos da vida interior apareceram em três dos relatos, enquanto nos quatro restantes esteve ausente.

Adequação e discriminação:

"... um casal de meia idade aproveitando num parque... os dois estão reparando um casal mais moço de namorados" (Ametista, 60 anos).

Vida interior presente:

"... este aqui é da minha idade... uma careca, que nem a minha, uns óculos de grau, um livro" (Jaspe, 63 anos).

Na *motivação* para interação com o ambiente a "ação" fez parte das narrativas de quatro dos participantes, a "relação" se fez presente para dois deles e para um esteve ausente; para solução de problemas, quatro pesquisados foram presentes e três foram ausentes.

Ação para interação com o ambiente:

"... nós já fomos assim... e esquecem que eles também poderiam estar assim... pelo menos fiquem de mãos dadas... aí que os dois alimentem os passarinhos, leiam juntos, desfrutando da companhia mútua, nisso ficarão tão alegre e felizes quanto os jovens" (Turmalina, 75 anos).

Relação para interação com o ambiente:

"... o senhor está pensando... já fui bom nisso, ele já namorou também, talvez no passado eles eram assim e hoje não são... pensam que já tiveram estas intimidades" (Safira, 63 anos).

Presente para solução de problemas:

"... poderiam conversar, tornar uma amizade, uma coisa boa, agradável... entre o casal mais velho poderia existir amor... ele só observa a felicidade alheia" (Jaspe, 63 anos).

Quanto aos *sentimentos*, houve predominância de sentimentos positivos em cinco dos participantes, em dois foram negativos; em relação ao ambiente, cinco apresentaram narrativas positivas e dois negativas; em relação à velhice, três fizeram relatos positivos e quatro negativos.

Sentimentos predominantes positivos:

"... estão felizes, se vê no semblante e na felicidade deles em relação ao casal que está aqui, enamorado" (Jaspe, 63 anos).

Sentimentos predominantes negativos:

"... ela com ar de censura e ele parece até feliz... ela está censurando porque estão namorando na vista das pessoas é que hoje todo mundo aceita" (Amazonita, 75 anos).

Sentimentos positivos em relação ao ambiente:

"...o lugar é um lugar agradável, aparentemente, não estão muito próximos, convivem, mas talvez recordando que já tiveram esse tipo de proximidade" (Ametista, 60 anos).

Positivos em relação à velhice:

"... poderiam estar assim... desfrutando da companhia mútua" (Turmalina, 75 anos).

Negativos em relação à velhice:

"... não estão muito próximos, convivem, não estão mais tão parceiros como já foram no passado" (Ametista, 60 anos).

Na perspectiva para o futuro, quanto ao futuro imediato, dois interpretaram a figura com histórias positivas, um de forma resignada e em quatro não havia elementos suficientes; para o futuro remoto, os sete pesquisados foram ND, como mostra-se abaixo:

Positivas para o futuro imediato:

"... esta curiosidade pode despertar e ficarem mais pertinho um do outro ali no banco da praça e pelo menos fiquem de mãos dadas... aí que os dois alimentem os passarinhos, leiam juntos, desfrutando da companhia mútua, nisso ficarão tão alegre e felizes quanto os jovens" (Turmalina, 75 anos).

Resignada para o futuro imediato:

"... velho não vai tá se agarrando em praça, se beijando e o cabra novo... quando fica desta idade dele muda tudo" (Citrino, 67 anos).

Figura 13 – No restaurante

"No grupo brasileiro o estímulo sugere a ida a um restaurante por um casal, associado a um clima positivo, com valorização da estabilidade do casamento e dos vínculos afetivos" (BELLAK; ABRAMS, 2012a, p. 20).

A categoria *percepção* evocou em todos os participantes relatos típicos, em relação à adequação; e, discriminadas em relação à qualidade; aspectos da vida interior apareceram em dois relatos e em cinco foram ausentes, como a seguir:

Adequação e discriminação:

"... um casal idoso feliz, eles podem estar comemorando um aniversário de casamento ou aniversário de um dos dois e vieram para o restaurante preferido deles" (Ametista, 60 anos).

"... ela tenta chamar a atenção dele e ele observando as coisas ali" (Amazonita, 75 anos).

Vida interior presente:

"... lembrei daquele filme que a família separa o casal... antes disso eles resolvem se encontrar pra fazer um

passeio... entram num restaurante chiquíssimo... vão ter que sair sem pagar... esta imagem me lembra esse filme" (Turmalina, 75 anos).

No que se refere à *motivação* para interação com o ambiente, a "relação" esteve presente no discurso de dois dos participantes, para dois esteve ausente e para três ND; para solução de problemas se fez presente no discurso de um participante e os outros seis ND.

Relação para interação com o ambiente:

"... estão num café, olhe o bule... estão felizes, participando" (Jaspe, 63 anos).

Presente para solução de problemas:

"... são produtivos, agora... existe a tecnologia pra terceira idade... leem livros, vão ouvir a orquestra sinfônica, eles são mental e intelectual" (Jaspe, 63 anos).

Os *sentimentos positivos* foram predominantes para cinco participantes e negativos para dois; em relação ao ambiente, três fizeram narrativas positivas e quatro negativas; em relação à velhice, dois fizeram relatos negativos, enquanto, cinco foram ND.

Sentimentos predominantes positivos:

"... estão aí por conta da cultura do café e da torta. Sóbrio, saudável, uma coisa boa, salutar, uma bênção o que eles estão fazendo" (Jaspe, 63 anos).

Sentimentos predominantes negativos:

"... ela olhando o cardápio, parece falando sozinha... ele está prestando atenção em outra coisa" (Citrino, 67 anos).

Sentimentos positivos em relação ao ambiente:

"estão discutindo o cardápio, algo que comeram em alguma ocasião especial, mas tudo com muita alegria" (Turmalina, 75 anos).

Sentimentos negativos em relação ao ambiente:

"... ele parece meio alheio a conversa... e ela está chamando a atenção dele... ei o que vamos comer, não vai escolher o menu?" (Rubi, 69 anos).

Sentimentos negativos em relação à velhice:

"... pode ser num dia de semana, porque eles não estão numa idade produtiva... velho é a pista de asfalto que o pneu passa por cima" (Jaspe, 63 anos).

Na categoria *perspectivas para o futuro*, no contexto do futuro imediato a figura provocou história positiva, apenas para um dos pesquisados, os demais foram ND; para futuro remoto, todos foram ND.

Positiva para o futuro imediato:

"... os velhos hoje em dia são produtivos" (Jaspe, 63 anos).

Figura 15 – No baile

"Na amostra brasileira, de modo geral as narrativas se referem a um jantar e um restaurante... destacam-se os aniversários... o estímulo sugere a ida a um restaurante por um casal, associado a um clima positivo, com valorização da estabilidade do casamento e dos vínculos afetivos" (BELLAK; ABRAMS, 2012a, pp. 19-20).

As *percepções* foram típicas em todos os participantes em relação à adequação; em relação à qualidade foram discriminadas para seis e superficial para um; os aspectos da vida interior apareceram em cinco dos relatos.

Adequação e discriminação:

"...os bailes para idosos... tipo clube das Pás, comemorando a rotina dos bailes que abrigam todas as idades" (Turmalina, 75 anos).

"... uma data comemorativa e eu sei que estão se divertindo... o senhor aí, o outro lá na frente tomando um drinkzinho" (Citrino, 67 anos).

Vida interior presente:

"... todos muito bem-prodizados e eu estou no meio" (Safira, 63 anos).

Na *motivação* para interação com o ambiente a "ação" fez parte da narrativa de um dos participantes, a "relação" em quatro deles e para dois esteve ausente; para solução de problemas, dois foram presentes e os outros cinco foram ausentes, como descreve-se a seguir:

Ação para interação com o ambiente:

"... tudo certinho... vai gerar coisa boa aí, um romance, pelo jeito aí... se divertir é a melhor coisa do mundo... é não cruzar os braços... pensar em coisa boa" (Citrino, 67 anos).

Relação para interação com o ambiente:

"... um idoso dançando com a jovem, uma interação perfeita" (Jaspe, 63 anos).

Presente para solução de problemas:

"... há um espaço enorme entre um e outro, talvez a terceira pessoa do grupo fosse este... o que justificaria esta distância... de novo falta companheirismo, amizade, porque os dois não estão dançando?" (Turmalina, 75 anos).

Os *sentimentos* predominantes foram positivos para seis participantes e negativos para um; em relação ao ambiente, todos os pesquisados apresentaram narrativas positivas; em relação à velhice, três fizeram relatos positivos, dois foram negativos e dois foram ND.

Sentimentos predominantes positivos:

"... todo mês estão sempre reunidos ali, conversam e nestas quatro horas de baile se sentem muito felizes e já pensando em receber o papelzinho do próximo mês, pensando no que é que vai ter" (Safira, 63 anos).

Sentimentos predominantes negativos:

"...há uma preocupação deste casal em relação a este senhor, já de idade, dançando com uma jovem, esta relação idade com juventude pode ser muito dúbia" (Turmalina, 75 anos).

Sentimentos positivos em relação ao ambiente:

"... esta tá melhor... um forró... estão dançando... é um baile jovem... esta festa é num clube" (Amazonita, 75 anos).

"... o que as pessoas vão buscar num lugar desse... seria uma festa de São João, um arraial, sair do isolamento" (Turmalina, 75 anos).

Sentimentos positivos em relação à velhice:

"... quando são mais velhos a mesma coisa também... não só o novo namora, o velho também namora... sobre isso aí não tem idade não, mas na hora aí só tá pensando em se divertir, namorar" (Citrino, 67 anos).

Sentimentos negativos em relação à velhice:

"... o casal pode estar pensando que gostaria de estar aí e às vezes não pode, problema muscular, não sei, porque as danças estão bastante agitadas e eles não podem fazer isso... não é toda pessoa de idade que tem esta malemolência, deve ser isso que estão pensando, estão admirando e pronto" (Rubi, 69 anos).

A perspectiva para o futuro, quanto ao futuro imediato, dois dos pesquisados apresentaram narrativas positivas, um negativa e os demais ND; para futuro remoto, apenas um participante, fez um relato que evoca lições para a vida das pessoas, os demais ND.

Positivas para o futuro imediato:

"... velho também namora... depois da dança pode formar uma coisa boa ou até pior... pode se tornar num casamento, num amor sincero" (Citrino, 67 anos).

Negativas para o futuro imediato:

"... às vezes é por oportunismo do mais jovem, às vezes é por malandragem do mais velho... já ouvi muitas histórias... é interessante esse tipo de relacionamento, mas tem que ver qual o ponto de equilíbrio, desse relacionamento" (Turmalina, 75 anos).

Os resultados, compilados no quadro abaixo, destinam-se a demonstrar as respostas mais significativas dos participantes deste estudo, evocadas a partir das cinco figuras selecionadas no SAT, no

intuito de observar se o instrumento foi facilitador na interpretação das percepções da pessoa idosa sobre a sexualidade.

Quadro 1 – Síntese dos resultados das interpretações do SAT

Figuras 1 (Conversa), 5 (Na sala), 9 (No parque), 13 (No restaurante), 15 (No baile)

Resultado Geral	Percepção			Motivação		Sentimentos			Perspectiva para o futuro	
	Adequação	Qualidade	Vida interior	Interação com ambiente	Solução de problemas	Predominantes	Em relação ao ambiente	Em relação à velhice	Futuro imediato	Futuro remoto
Figura 1,5,9,13,15										
Amazonita	Típica 5	Discriminada 5	Presente 2	Ação 1	Presente 2	Positivos 4	Positivos 4	Positivos 1	Ausente ou ND	ND 5
Ametista	Típica 5	Discriminada 5	Ausente 5	Ação 1 Relação 1	Presente 2	Positivos 5	Positivos 4	Ausente ou ND	Ausente ou ND	ND 5
Citrino	Típica 5	Discriminada 5	Presente 4	Ação 1	Presente 1	Positivos 3	Positivos 3	Positivos 1	Resignadas 1 Positivas 1	Positivas 1
Jaspe	Típica 5	Discriminada 5	Presente 3	Ação 1 Relação 2	Presente 2	Positivos 5	Positivos 4	Positivos 2	Positivas 2	ND 5
Rubi	Típica 5	Discriminada 5	Presente 2	Ação 1 Relação 3	Presente 2	Positivos 3	Positivos 3	Ausente ou ND	Negativa ou ND	ND 5
Safira	Típica 5	Discriminada 5 Superficial 1	Presente 1	Relação 2	Ausente ou ND	Positivos 2	Positivos 2	Positivos 1	Positivas 1	ND 5
Turmalina	Típica 5	Discriminada 5	Presente 2	Ação 1 Relação 2	Presente 2	Positivos 1	Positivos 3	Positivos 1	Positivas 1	Resignadas 1
Totais	Típicas 35	Discriminada 34	Presente 14	Ação 6 Relação 10	Presente 11	Positivos 23	Positivos 23	Positivos 6	Positivas 5 Resignadas 1	Positivas 1 Resignadas 1

Os aspectos percepção, motivação, sentimentos e perspectiva para o futuro trabalhados pelo instrumento espelhou o que pensam e sentem as pessoas idosas, em relação ao cotidiano. As figuras parecem ter criado um cenário propício e confirmaram os pressupostos da técnica. A figura 1, considerada inócua, demandou nos participantes a adaptação inicial e a familiaridade para a criação das histórias.

Na categoria *percepção*, todos os participantes, em relação à adequação fizeram narrativas típicas para as cinco figuras; quanto à qualidade, 34 histórias foram discriminadas, à exceção de uma (figura 15 – superficial); em relação a vida interior, os pesquisados estiveram presentes em 14 das 35 histórias narradas, sendo: dois (figura 1), dois (figura 5), três (figura 9), dois (figura 13), cinco (figura 15). As percepções relacionadas ao campo da sexualidade ficaram evidenciadas, embora de forma sutil, nas figuras 9, 13 e, principalmente, na 15.

Na categoria *motivação* surgiram 16 narrativas para interação com o ambiente, sendo seis foram na forma de "ação" e 10 na forma de "relação" e para a solução de problemas 11 narrativas. Na interação com o ambiente se manifestaram como "ação": um (figura 5), quatro (figura 9) e um (figura 15); como "relação": dois (figura 1), dois (figura 9), dois (figura 13), quatro (figura 15); para solução de problemas foram

presentes: três (figura 1), um (figura 5), quatro (figura 9), um (figura 13), dois (figura 15).

Na categoria *sentimentos*, os sentimentos positivos foram predominantes em 23 histórias dos participantes, sendo: três (figura 1), quatro (figura 5), cinco (figura 9), cinco (figura 13) e seis (figura 15); em relação ao ambiente, 23 dos pesquisados manifestaram reações positivas, expressados por: quatro (figura 1), quatro (figura 5), quatro (figura 9), três (figura 13) e sete (figura 15); e, em relação à velhice, seis denotaram aspectos positivos: três (figura 9) e três (figura 15). Pelo exposto, os sentimentos foram mobilizados, de forma significativa no aspecto positivo e demonstraram uma boa receptividade em relação ao ambiente e não obstante, as figuras 9 e 15 evocarem a sexualidade como temática, o tópico dos sentimentos em relação à velhice, foram assinalados nas histórias nas figuras 9 e 15, embora com poucas manifestações positivas.

Na categoria *perspectiva para o futuro* ocorreram oito narrativas significativas, sendo: seis para futuro imediato (cinco positivas e uma resignada) e duas para futuro remoto (uma positivas e uma resignada). Neste aspecto, para futuro imediato foram positivas as narrativas de: dois (figura 9), um (figura 13), dois (figura 15) e, resignada uma (figura 9); para futuro remoto surgiu uma positiva (figura 15) e uma resignada (figura 5). As expressões relativas à sexualidade da pessoa idosa aparecem, nesta categoria, contudo de forma tímida, apesar de apontar as figuras 9 e 15, como as figuras com maior potencial para evocar histórias neste conteúdo.

Os dados obtidos sugerem que as categorias que mais mobilizaram o imaginário dos participantes foram a motivação (ação e relação) e os sentimentos positivos, ambos em relação ao ambiente. Os aspectos em relação à velhice e suas perspectivas foram pouco elencados de forma direta. Contudo, acredita-se que o instrumento atendeu ao objetivo da pesquisa, permitindo observar as percepções da sexualidade no grupo. .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer significa “viver” por mais tempo e agregar conhecimento sobre a vida e contribuir com os outros. Contudo viver incita a

questão da qualidade, do bem-estar físico e subjetivo e a sexualidade pode ser considerada um aspecto diferencial nessa construção.

Enquanto algumas pessoas, especialmente as idosas, têm facilidade de exteriorizar suas percepções, sentimentos e pensamentos em relação às suas vidas atuais e situações já vivenciadas, outras podem ter dificuldades para se expressar. Neste aspecto, um instrumento profissional como o SAT pode representar um facilitador na compreensão das diversas demandas específicas a esta fase de vida.

Nas questões relacionadas à sexualidade, as pessoas idosas ainda sofrem preconceitos, muitas vezes velados, mas que chegam a comprometer sua saúde emocional. Nesse contexto, as percepções da sexualidade na velhice foram enfatizadas neste estudo e apontaram as potencialidades do instrumento usado. Apesar de se ter trabalhado com cinco figuras, houve uma demonstração da adequação dos recursos da narrativa, especialmente para esse público.

O quantitativo dos participantes e a pouca adesão do sexo masculino, pode ter limitado maiores descobertas, contudo provoca a necessidade de novas pesquisas e estimula a utilização da Técnica de Apercepção para Idosos em outros contextos sociais e regionais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. C. F. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, Santos, v. 12, n. 29, p. 35-41. 2015. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/689/u2015v12n29e689>. Acesso em: 14 mar./2018.

BATISTONI, S. S. T. Saúde emocional na velhice. *In*: FREITAS, E. R.; BARBOSA, A. J. G.; NEUFELD, C. B. (org.). **Terapias cognitivo-comportamentais com idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016, p. 353-374.

BELLAK, L.; ABRAMS, D. M. **SAT**: técnica de apercepção para idosos - livro de instruções (Coleção SAT, v.1). Tradução: Maria Cecília de Vilhena Moraes. São Paulo: Vetor, 2012a. p. 59 ISBN: 978-85-7585-680-2.

BELLAK, L.; ABRAMS, D. M. **Livro de avaliação SAT** (Coleção SAT, v.2). Tradução: Maria Cecília de Vilhena Moraes. São Paulo: Vetor, 2012b. 30 p. ISBN: 978-85-7585-681-9.

BELLAK, L.; ABRAMS, D. M. **Manual original:** técnica projetiva temática para idosos. Tradução: Maria Cecília de Vilhena Moraes. São Paulo: Vetor, 2013. 15 p. ISBN: 978-85-7585-712-0.

DANTAS, V. *et al.* Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, Vitória, v. 19, n. 4, p. 140-148. 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/view-File/19814/13235>. Acesso em: 12 abr./2018.

FALCÃO, D. V. S. Amor romântico, conjugalidade e sexualidade na velhice. *In:* FREITAS, E. V.; PY, L. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 1498-1507.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4. ed. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed. 2005. 600 p. ISBN: 978-85-363-0222-5.

GOMES, R. M. *et al.* Sexualidade na terceira idade: as representações sobre sexo. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Crato, v. 2, n. 40, p. 939-955, 2018. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 20 fev./2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec. 2014. 407 p. ISBN: 978-85-271-0181-3.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 8 mar./2017.

NEVES, V. L. C.; DIAS, C. M. S. B. Sexualidade: desafios e apropriações na velhice. *In:* RABINOVICH, E. P.; MOREIRA, L. V. C.; BRITO, E. S.; FERREIRA, M. M. (org.). **Envelhecimento e intergeracionalidade:** olhares interdisciplinares, v. 2. Curitiba: CRV, 2019. p. 103-120. ISBN: 978-85-444-3065-1.

OLIVEIRA, E. *et al.* Mitos e verdades sobre o envelhecimento: percepções dos idosos. **Revista Intercâmbio**, Montes Claros, v. VII, p. 68-89. 2016. Disponível em: <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/86/74>. Acesso em: 20 fev./2019.

TARDIVO, L. S. P. C. Pesquisa com métodos com crianças e idosos no contexto brasileiro hoje: contribuições do SAT, CAT e Teste do Desenho da Pessoa na Chuva. *In: OKINO, E. T. K. et al. (org.). Métodos projetivos e suas demandas na psicologia contemporânea*. Florianópolis: ASBRo, 2016. p. 189-201. ISBN 978-85-62020-04-9. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002804387>. Acesso em: 12 abr./2018.

TRABALHADORAS SEXUAIS E A MUDANÇA DO CORPO: OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS ACERCA DO CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E ENVELHECIMENTO

KELLY CRISTINA DO NASCIMENTO

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, kcn.auditoria@gmail.com;

MARIA DO SOCORRO ALÉCIO BARBOSA

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, socorroalecio@gmail.com;

TEREZA NATÁLIA BEZERRA DE LIMA

Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, terezanatalia12@gmail.com;

BETÂNIA DA MATA RIBEIRO GOMES

Doutora pelo de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, betania.mata@upe.br;

RESUMO

Objetivo: compreender através da metodologia ativa chamada Mandala dos Saberes sobre os sentidos e significados da mudança do corpo das trabalhadoras sexuais que estão no climatério ou menopausa. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, do qual participaram doze (12) trabalhadoras sexuais, mulheres com faixa etária entre 40 a 70 anos, num prostíbulo da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. Organizada em três momentos: no primeiro momento que consistiu na aproximar o grupo das pesquisadoras e facilitar a interação; no segundo momento: apresentada a mandala dos saberes, aberta no chão, com os oito (8) pilares; no terceiro momento: dado a voz e vez a todas as trabalhadoras sexuais idosas para se expressar. **Resultados:** Evidenciou-se por meio das construções da Mandala dos Saberes as necessidades dos profissionais de saúde a ter um olhar mais direcionado a essas mulheres trabalhadoras sexuais idosas, realizando uma abordagem multiprofissional relacionado a mudança do corpo e a saúde mental, ressaltando uma certa preocupação com o envelhecimento no rosto, seios, barriga e a sua saúde mental. Algumas participantes reforçaram a sobre a importância da jovialidade para atrair mais clientes, assim como também relataram a importância da experiência ao longo dos anos nessa profissão. **Considerações Finais:** Espera-se que através dos apontamentos dos desafios encontrados pelas trabalhadoras sexuais e seus relatos acerca da mudança do corpo, climatério, menopausa, o envelhecimento, e sua saúde mental, contribua para os estudos direcionados ao empoderamento pelo alcance de estratégias que permitam melhorias sobre as condições de vida, individual e coletiva.

Palavras-chave: Profissionais do Sexo, Idoso, Saúde da Mulher, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Durante o envelhecimento humano, o cérebro, o coração, os ossos e a pele podem todos ser afetados pelas alterações hormonais trazidas pelo processo natural do envelhecer, que encerra o ciclo reprodutivo do corpo feminino. A menopausa acontece quando a menstruação de uma mulher para e ela não pode mais ficar grávida naturalmente, trata-se de um processo natural do envelhecimento, que normalmente ocorre na faixa dos 45 aos 55 anos, mas que também pode ser provocado por cirurgias para remover os ovários ou o útero (histerectomia) (LAROQUE et al., 2011).

No Reino Unido apresenta a média de idade relacionada à menopausa de 51 anos, já no território brasileiro, um dos estudos mais completos sobre o assunto, publicado em 2018, ressalta que no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), calculou uma idade média de 48,1 anos. A menopausa é ocasionada por um processo gradual por uma diminuição na produção de hormônios, especificamente o estrogênio. Por ser um hormônio fundamental em todo o ciclo reprodutivo humano, acarretando o declínio do armazenamento de óvulos, afetando pouco a pouco a ocorrência da ovulação, menstruação e gravidez (ALDRIGHI, JOSÉ MENDES; MARIA; PAULA, 2012; RIBEIRO; CRISTINA, 2019).

Os efeitos destas alterações hormonais são significativos, no cérebro, pele, músculos e nas emoções, desenrolando alguns sinais e sintomas, tais como: ondas de calor; suores noturnos, problemas de sono, ansiedade, mau humor, perda de interesse por sexo, problemas na bexiga e secura vaginal também são normais durante esse período. Quando a produção de estrogênio finda por completo, há um efeito de longo prazo nos ossos e no coração. Os ossos podem enfraquecer, aumentando o risco de fraturas, e as mulheres podem se tornar mais vulneráveis a doenças cardíacas e a derrames. Desta forma, que algumas mulheres recorrem a utilização da Terapia de Reposição Hormonal (TRH), que auxiliam no aumento dos níveis de estrogênio e nos sinais e sintomas da menopausa, mas é importante ressaltar que nem todas as mulheres passam por estes sintomas, e podem sofrer inúmeras variações em relação a sua gravidade e duração, de alguns meses a vários anos (MIMOUN, 2003; RIBEIRO; CRISTINA, 2019). Essa diminuição do

estrogênio também pode acarretar as ondas de calor, afetar o humor, afetar a pele, fazendo com que ela fique seca ou dando a sensação como se insetos estivessem rastejando sob a pele (BRASIL, 2008).

Nesta fase da vida existe outros hormônios incluídos no processo da menopausa, como a progesterona e a testosterona, porém eles não apresentam o mesmo impacto que os baixos níveis de estrogênio. A progesterona beneficia o processo de prepara o corpo para a gravidez a cada mês, e diminui quando a menstruação. Já a testosterona, que as mulheres produzem em níveis baixos, apresenta associação ao desejo sexual e aos níveis de energia. Apresentando um declínio a partir dos 30 anos, e apenas um pequeno número de mulheres precisa dela em níveis altos (MARIANO et al., 2021).

Portanto, com o processo da menopausa adoção de um estilo de vida saudável é fundamental para essa nova fase da vida, abordagem direcionada a ter uma dieta equilibrada, pobre em gordura e rica em cálcio para fortalecer os ossos e proteger o coração; praticar exercícios regularmente, reduzindo a ansiedade e o estresse; parar de fumar, prevenindo doenças cardíacas e ondas de calor; não beber muito, reduzindo também as ondas de calor (BRASIL, 2016; RIBEIRO; CRISTINA, 2019).

A sexualidade quando relacionada ao envelhecimento traduz mitos e tabus. A sociedade tem uma visão que a prática sexual na terceira idade ainda transcorre nos moldes de que a pessoa quando alcança a fase da velhice deixa de ser sexual, resultando na concepção de que idosos são pessoas assexuais. A atividade sexual para a mulher idosa deve ser compreendida partindo do princípio de que ela se compõe da totalidade deste indivíduo, devendo ser considerado no seu sentido holístico, portanto, não somente fator biológico, como também biopsicossociocultural (ESCÓRCIO, 2020).

Um dos elementos importantes da consulta de enfermagem para identificar situações de saúde/ doença, prescrever e implementar ações de enfermagem que contribuam para o apoio, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação é a avaliação desta mulher, como um todo. (MEDEIROS et al., 2018). A experiência de uma trabalhadora sexual idosa de vivenciar as fantasias sexuais, parafilias e fetiches solicitados por seus clientes, requer certas performances que muitas vezes o envelhecer do corpo cria algumas limitações, ao mesmo tempo que os

papéis em uma sociedade que renega a condição de uma mulher idosa e trabalhadora sexual de exercer a arte da sedução, faz com que estas mulheres criem estratégias que permitem o desenvolvimento de sua profissão com requinte de sedução durante a realização dos desejos de seus clientes (ALENCAR et al., 2014).

Considerando a sexualidade em sua denominação, deve-se compreender e esclarecer a estas mulheres trabalhadoras sexuais idosas com limitações fisiológicas durante o seu ofício ao atender seus clientes, é importante ressaltar que a busca pelo prazer pode ser alcançada de várias outras formas. Os fatores que podem interferir na expressão da sexualidade ou no ato sexual transcorrem pelos aspectos individuais, fisiológicos e sociais, e apesar das limitações que podem ocorrer durante o climatério, menopausa e velhice, a satisfação sexual ainda pode permanecer (MAIA; PESSOA, 2009; NASCIMENTO, 2018).

As dificuldades na aceitação da sexualidade nessa fase podem partir tanto pela ausência de informação como no entendimento que a sexualidade esteja restrita a genitalidade, concepção essa que existe entre os idosos e sociedade. Outro aspecto considerado principalmente pelas trabalhadoras sexuais em climatério e na menopausa e as idosas, referem-se à beleza corporal, comparada ao poder de sedução e atração da juventude e que em virtude do avanço da idade e dos sintomas do climatério e menopausa não se sentem atraentes para terem relação sexual (SILVA, 2008). A imagem da beleza jovial fixa na mente dos clientes é referida como aspecto negativo para continuidade dos atendimentos. Ao mesmo tempo em que as trabalhadoras sexuais mais antigas são identificadas no grupo como as mais experientes.

Diante do avanço da ciência voltada para a sexualidade da mulher, ampliou-se a oportunidade de uma vida sexual mais confortável a partir do momento que a mulher faz o tratamento hormonal. Fogachos e sudorese noturna estão presentes em cerca de 70% de mulheres de meia idade, podendo comprometer seriamente o sono, a produtividade e a qualidade de vida dessa população. Podem estar acompanhados também de alterações de humor e de sintomas genitourinários. Embora mudança de estilo de vida e opções não hormonais estejam disponíveis, a terapia hormonal (TH) pode trazer grande benefício a mulheres com sintomas vasomotores graves e/ou frequentes. A decisão de iniciar ou não a TH deve levar em consideração os seguintes fatores:

gravidade dos sintomas, certificar-se que não haja contraindicações à terapia (câncer de mama ou de endométrio, doença cardiovascular, doença hepática ativa ou sangramento vaginal de causa desconhecida) e idade da mulher.

Estas novas formas de vivenciar o envelhecimento parecem repercutir no aumento das mulheres nas unidades básicas de saúde e ESF em busca de tratamentos de seus sintomas (MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2012). Portanto, os assuntos relacionados à sexualidade nessa população, que já não tem preocupação com anticoncepção, são tratados com menor atenção, por julgar que pela idade não são mais trabalhadoras sexuais, erroneamente. Envelhecer não significa enfraquecer, ficar triste ou assexuado, fala-se muito sobre sexualidade, entretanto, sobre a prática sexual entre homens e mulheres no processo de envelhecimento pouco é discutido e, às vezes, até ignorado pelos profissionais de saúde e sociedade em geral. Os profissionais da saúde não têm como prática, em suas consultas, questionar sobre aspectos ligados à sexualidade e à prática sexual dos clientes, e menos ainda quando estes são idosos. Isso decorre porque a atenção à saúde é realizada com enfoque na queixa ou na doença.

A equipe de saúde precisa se conscientizar que sexualidade não se aposenta, enquanto houver vida há sexualidade, não importa o gênero, considerando a vida sexual da mulher no climatério, na menopausa ou idosa como realidade, bem como sua orientação sobre medidas preventivas às infecções sexualmente transmissíveis, pois esta comunicação acaba prejudicada elevando o número de casos. Acreditamos que sem contextualizar os sentidos e os significados da problemática da mudança do corpo e o envelhecer na sexualidade da mulher trabalhadora sexual, teremos somente pálidos reflexos do que ela representa para os indivíduos, estejam eles em quaisquer fases de seu desenvolvimento (NASCIMENTO, 2018). Nesta etapa da vida, muitas vezes, o corpo não responde mais ao desejo, portanto as adaptações sexuais se tornam necessárias e ajudam na expressão da sexualidade nas mulheres idosas. O preconceito do sexo na velhice é adotado por se acreditar que a fase de vivenciar a sexualidade está condicionada à idade dos mais jovens.

Portanto, o objetivo deste estudo é compreender através da metodologia ativa chamada Mandala dos Saberes sobre os sentidos

e significados da mudança do corpo das trabalhadoras sexuais que estão no climatério ou menopausa.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, do qual participaram doze (12) trabalhadoras sexuais, mulheres com faixa etária entre 40 a 70 anos, num prostíbulo da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. Assim o presente trabalho constitui de um relato de experiência de uma oficina realizada pelas autoras, discentes do Programa de Pós-Graduação Associado em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), baseado nos momentos de discussão no componente curricular: Enfermagem em Promoção a Saúde. Ambas as doutorandas e a mestranda foram as facilitadoras de aprendizagem da oficina sobre a mudança do corpo e os sentidos e significados acerca do climatério, menopausa e envelhecimento.

O cenário de estudo; a oficina foi realizada em um prostíbulo, situado no Centro de Maceió. O período de realização da experiência aconteceu numa oficina no dia 19 de maio de 2022, início 8:00, término as 12:00 com duração de 4 horas. A qual ocorreu a participação de doze (12) trabalhadoras sexuais idosas.

Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de um relato de experiências vivenciais, não houve necessidade de encaminhamento e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Salienta-se que foram resguardados a privacidade do prostíbulo e as trabalhadoras sexuais envolvidas nesse estudo, conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A oficina foi construída a partir do referencial teórico Educação Popular em Saúde – Mandala dos Saberes de Paulo Freire e Victor Valla (FERREIRA, 2019). Nesse sentido, as estratégias metodológicas baseado neste modelo que consiste em oito (8) pilares dos saberes: ancestral, presente, intuitivo, espiritual, cultural, histórico, humano e popular.

O planejamento das ações desenvolvidas foi definido previamente entre as autoras e as profissionais do sexo a partir da identificação das necessidades dessas trabalhadoras, em querer abordar o tema: a mudança do corpo diante do climatério, a menopausa e o envelhecimento. O tema escolhido foi proposto pelas Profissionais do Sexo, uma semana antes do encontro.

Nesse sentido, o estudo foi organizado didaticamente em três momentos:

- No **primeiro momento**: Para aproximar o grupo das pesquisadoras e facilitar a interação utilizamos a Dinâmica das Semelhanças, teve como objetivo conhecer todas as participantes, perceber as características que as unem e criar relações empáticas e de proximidade. Nessa dinâmica, as participantes conversaram entre si e anotaram numa folha quais características são semelhantes que as unem. As categorias que as autoras colocaram foram: O bairro em que cada uma residia, gosto musical (rock, samba, funk, romântica, forró), time de futebol, novela, tipo de filme (ação, comédia romance, ficção), observamos os pontos comuns entre as participantes. Cada participante apresentava sua lista de semelhanças para o grupo, comparou com as colegas debateram sobre as semelhanças e diferenças. Ao final pactuamos com as participantes para cada uma escolher um nome fictício para ser citado no artigo. Elas escolheram: Azaléa, Margarida, Lírio, Jasmim, Rosa, Tulipa, Hortênciã, Violeta, Gardênia, Camélia, Lavanda, Girassol, e as discentes escolheram Flor de Lotus e Rosa do Deserto.
- No **segundo momento**: foi apresentada a mandala dos saberes, e aberta no chão, com os oito (8) pilares: ancestral, presente, intuitivo, espiritual, cultural, histórico, humano e popular. E a temática solicitada por elas, ao meio da mandala: trabalhadoras sexuais e a mudança do corpo: os sentidos e significados acerca do climatério, menopausa e envelhecimento. Foi colocado na mandala imagens retiradas do Google: uma mulher idosa com os cabelos grisalhos, uma mulher idosa gorda, uma mulher idosa com calor em frente um ventilador, uma mulher idosa comendo frutas e legumes, uma mulher idosa dançando, uma mulher idosa namorando, uma mulher idosa andando de bicicleta.

- Por fim, **no terceiro momento**: foi dado a vez e a voz a todas as trabalhadoras sexuais para se expressar a cada imagem apontada, e a cada pilar levantado. Conforme cada imagem era apresentada as discentes perguntavam para elas qual era o significado daquela imagem, e qual o sentido correspondente ao pilar levantado.

No intuito de quebrar o paradigma de uma construção conservadora de conhecimento verticalizado em que as autoras seriam as emissoras e as participantes apenas receptoras, contrariando assim a metodologia tradicional, o que nessa perspectiva é de suma relevância ressaltar a importância de uma educação com uma promoção em saúde problematizadora, uma vez que ela serve para dar voz e vez a essas mulheres sobre os sentidos e significados da mudança do seu corpo, climatério, menopausa e envelhecimento.

Azaléa, 42 anos, trabalhadora sexual desde 22 anos, solteira. *"É muito difícil nesse climatério, atender muitos clientes, me sinto ressecada la dentro, por mais que eu coloco gel lubrificante, me sinto ressecada"*.

Margarida, 56 anos, separada, trabalhadora sexual desde os 19 anos, após sua separação. *"Entre na menopausa aos 46 anos, foi horrível, sentia calores intermináveis, transpirava demais, atrapalhou muito meu ganha pão, perdi muitos clientes, hoje faço reposição hormonal no postinho, meu fogo esta aceso todo, os clientes é que não dão conta do meu fogo"*.

Lírio, 66 anos, viúva, trabalhadora sexual desde os 42 anos, quando ficou viúva. *"A minha menopausa chegou eu tinha 53 anos, me lembro como hoje, a minha menstruação parou de vez, em seguida sentia muito calor, eu tinha muita insônia, perdi muitos clientes, porque eu me irritava com tudo, fui na médica, fiz tratamento, e hoje uso pomada ginecológica que me deixa sempre molhadinha, meus clientes adoram"*.

Jasmim, 70 anos, trabalhadora sexual desde os 37 anos, após ficar desempregada, solteira, 5 filhos. *"Faço tratamento no posto de saúde, uso pomada ginecológica e adesivo hormonal. Sinto dores na coluna e nas pernas, já não faço todas as posições, tenho limitações"*.

Rosa, 49 anos, sem filhos, trabalhadora sexual desde os 12 anos no interior da Bahia. *"Estou sentindo que a minha menstruação esta acabando, ela fica falhando, ainda não sinto os calores, e não estou ressecada. Mas tenho muita insônia e irritação".*

Tulipa, 59 anos, trabalhadora sexual desde os 38. *"Entreí na menopausa quando tirei meu útero aos 32 anos, foi horrível, mas faço tratamento. Engordei muito e não emagreci mais, pra mim o mais chato é isso, ser gordinha".*

Violeta, 55 anos, trabalhadora sexual desde os 27. *"Olha, o que mais me deixa irritada são os calores, não faço tratamento, foi bom vocês falarem sobre isso, eu vou no posto ver isso".*

Hortência, 43 anos, trabalhadora sexual desde os 25 anos. *"Eu acho que já estou entrando na menopausa, minha menstruação vem mês sim, mês não, estou ganhando muito peso, ando muito irritada, vou no posto fazer exames."*

Gardênia, 64 anos, trabalhadora sexual desde os 42 anos, depois da separação. *"Eu passei por tudo isso que vocês falaram, fui à médica, ela passou o tratamento, hoje só sinto dor no corpo, reumatismo".*

Camélia, 57 anos, trabalhadora sexual desde 29 anos. *"Eu ainda não fiz tratamento, sou muito ressecada, me estresso com tudo, sinto muita dor de cabeça. Eu vou na médica ver isso."* Lavanda, 45 anos, trabalhadora sexual desde os 15 anos. *"Eu sinto que estou engordando, não como quase nada mas to ganhando peso, tenho insônia, e ando muito irritada, ainda não fui ao médico, mas depois dessa mandala já vou marcar para ver isso."*

Girassol, 55 anos, trabalhadora sexual desde 22 anos. *"Eu tirei meu útero, as trompas, ovários tudo com 42 anos, eu tinha mioma. Ali mesmo já me senti fria, sem desejo, fui logo no médico, uso adesivo há muitos anos, sou muito folgosa, meus clientes não tem do que reclamar, só tenho pressão alta, e hérnia de disco o que me limita um pouco em algumas posições."*

Outro ponto em destaque nas falar foi sobre a Saúde Mental no seu processo de envelhecimento:

Azaléa, *"Me sinto muito irritada, nervosa e com muita insônia, não sei se estou depressiva, como faço para saber?"*

Margarida, "Eu só vou dizer uma coisa, quando a velhice chega é preciso ter muita paciência e sabedoria, pois a nossa saúde mental fica perturbada, meu pavio já é curto, não levo desaforo pra casa, não".

Lírio, "Olha a minha saúde mental normalmente já fica um pouco perturbada com tantos desejos, fantasias, que os clientes pedem, a gente não fica muito boa da cabeça não, já vivenciei muita coisa, mas aqui uma conversa com a outra a gente se ajuda".

Jasmim, "Em relação a minha saúde mental, como eu tenho 5 filhos eles por si só já consomem o meu juízo, com dívidas, compromissos, brigas com mulher e netos. Mas quando eu vejo que estou no meu limite tomo uma cervejinha, escuto uma boa música que eu fico boa logo. Quando estou para baixo evito de atender os clientes, se eu não estou boa comigo mesma como vou atender o outro? Tem cliente que nem quer sexo, só quer conversar."

Rosa, "Em relação a minha saúde eu faço assim, quando não estou bem psicologicamente prefiro ficar em casa fazendo croché, não tenho filhos como as outras companheiras aqui. Então escuto uma música, cuido das minhas plantas, faço meu croché. Isso pra mim é uma terapia, me acalma mesmo".

Tulipa, "O que mais me incomoda na minha saúde mental é o meu peso, eu penso que se eu fosse mais magra eu seria mais feliz, eu teria mais clientes. Mas também eu tenho clientes que só me procura porque eles gostam de carne, de mulheres gordinhas. Tomo remédios para emagrecer, chás emagrecedores, só que nessa vida de bar em bar atendendo os clientes a gente toma muita cerveja, come muito petiscos, frituras... Isso engorda né, não ajuda!"

Violeta, "Eu sinto que de uns anos para cá tenho tido insônia, fico nervosa com mais frequência, as vezes me arrumo toda para ir para batalha, do nada já estou tirando a roupa, a maquiagem, porque quero ficar em casa deitada. Então, vocês acham que estou com algum problema mental? Qual serviço a gente vai para essas coisas?"

Hortência, "Eu sempre vou ao postinho normal, nunca fui em um psiquiatra ou psicólogo, mas um dia quero ir, eu escuto tantos desaafos dos clientes, eu faço tanta coisa esquisita que eles pedem, isso me incomoda. Mas também vejo que a mudança do meu corpo esta mexendo comigo, os meus seios caídos, as carnes mole, não me sinto mais tão linda quando eu era jovem, essa nossa bela jovial nunca deveria ir embora".

Gardênia, "Na minha saúde mental, o que mais mexe comigo é a minha idade mesmo, estou com 64 anos, não sou mais aquela jovem que tinha o poder de sedução, o meu corpo esta mudando, seios caídos, barriga quebrada, mas eu ainda tenho minhas pernas bonitas, todo cliente diz que eu tenho pernas bonitas, me cuido, passo creme, deixo elas cheirosas, os clientes gostam, Por isso uso mais saias, vestidos, shorts, para valorizar o que tenho de bonito".

Camélia, "Ah eu sou muito relaxada com a minha saúde do corpo, imagina a minha saúde mental, nunca fui num psicólogo, num psiquiatra. Mas sinto que tenho insônia, uma tristeza muito forte, chego a me arrumar toda para sair e desisto. Em relação a mudança do meu corpo, o envelhecer do meu rosto mexe com a minha saúde mental, me entristece, Eu queria por botox ou fazer plástica, esticar tudo. Ficaria uma boneca".

Lavanda, "Adorei vocês ter vindo hoje aqui, essa mandala dos saberes me despertou para muita coisa, ouvir cada companheira aqui falar, alerta a gente para muita coisa, vejo que problemas que eu tenho, a outra também tem. Acho que o envelhecimento do nosso corpo mexe com a nossa mente, as vezes fico pensativa, como meus clientes ainda querem um programa com uma mulher com o rosto cheio de rugas, seios caídos, tendo tantas mocinhas por ai. Mas essas mocinhas não tem a nossa manha, não tem a nossa experiência".

Girassol, "Olha só, eu tenho pressão alta, e eu observo que toda vez que me estresso, fico nervosa ela sobe, sinto um peso na cabeça, eu digo logo, olha ela aí a pressão subiu. A nossa saúde mental é tudo na vida da gente. Eu acho que ninguém esta preparada e feliz com a mudança do corpo. A mudança vai acontecer de todo jeito, a gente querendo ou não, então cabe a nós aceitar. E procurar profissionais como vocês nos explicaram que existem para tratar. Eu vou ficar mais atenta e cuidadosa com a minha saúde mental relacionada a mudança do meu corpo nesse envelhecer".

Essa oficina evidenciou-se por meio das construções da Mandala dos Saberes as necessidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica a ter um olhar mais direcionado a essas mulheres trabalhadoras sexuais.

Relacionado a mudança do corpo e a saúde mental, foi observado uma certa preocupação com o resultado do envelhecimento

no rosto, seios, barriga. Algumas participantes reforçaram a sobre a importância da jovialidade para atrair mais clientes, assim como também relataram a importância da experiência ao longo dos anos nessa profissão. As participantes relataram sentir alguns sintomas como insônia, irritabilidade, fobia, tristeza, isolamento, foram pontos importantes observados. Observamos que envelhecer não significa necessariamente acumular perdas e abandonar perspectivas. Existe o envelhecimento orgânico e suas conseqüências como as rugas, os cabelos brancos e a flacidez. Importante ressaltar que o ciclo da vida é igual para todos os seres vivos: todos nascem, crescem, amadurecem, envelhecem e morrem. Dessa maneira, envelhecer é tão natural como qualquer outra fase da vida e as mudanças ocasionadas pelo envelhecer requerem adaptações e mudanças de hábitos, pois surgem novas situações e experiência

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) precisa direcionar o seu processo de trabalho aos aspectos ginecológicos no climatério, menopausa, vida sexual no envelhecer, aspectos biopsicossociais, como insônia e depressão direcionadas a essa parcela da população. A sexualidade no envelhecimento é assunto que ainda é discutido por profissionais de saúde com certa parcimônia, não sendo possível generalizar sobre quais são as expectativas de homens e mulheres. No contato com as participantes, pudemos constatar experiências diferenciadas, satisfatórias e insatisfatórias, e condutas das mais variáveis possíveis. Para compreender a sexualidade dos idosos, é preciso levar em conta que o comportamento sexual é definido por vários princípios: cultura, religião, educação, e estes valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando como se irá vivenciá-lo e lidar com ele por toda a vida. Pois, essas demandas necessitam de condutas diversificadas e individualizadas envolvendo principalmente orientações sobre Saúde Mental e encaminhamentos aos Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), além de apoio através de escuta ativa e atenta dos relatos cheios de dificuldades, sentimentos e sensações por elas enfrentadas acerca de sua sexualidade em sua atividade laboral (MARIANO et al., 2021; MORI; COELHO, 2004).

Evidenciou-se que durante o momento da oficina a neste grupo sobre existência da rede de atenção voltado a saúde mental, para que serve, onde fica, como é a rotina de um CAPS, quem são as

peçoas usuárias desse serviço, como é o acesso. Muitas participantes não sabiam sequer o que era CAPS, e muito menos para que servia. Portanto, nesse contexto, as fortalezas foram enfatizadas na busca de resultados satisfatório que nem sempre foram possíveis devido complexidade da realidade histórica de cada participante.

Outro ponto de destaque foi em relação a abrangência restrita deste estudo, pois os resultados apresentados referem a um único prostíbulo visitado, como também o obstáculo em questão foi a duração das atividades, o curto espaço de tempo, apenas 04 horas, limita a melhor expressão do resultado, visto que o tema solicitado pelas participantes é algo complexo, que requer um tempo maior.

Vale ressaltar a escassez de estudos direcionados a sexualidade das trabalhadoras, mudança do corpo, sexuais durante o climatério, a menopausa e o envelhecimento, são fatores que interfere negativamente na disseminação de pesquisas nessa temática. A necessidade de compreensão, não julgamento e respeito a cada momento que alguma profissional do sexo pedia licença as autoras e ao grupo para atender algum cliente, durante a oficina, já que as pesquisadoras estavam em seu ambiente laboral.

Aplicar a metodologia ativa como a Mandala dos Saberes auxilia na compreensão sobre os sentidos e significados na sexualidade das trabalhadoras, a mudança do corpo, o climatério, a menopausa e o envelhecimento, mostrou-se um instrumento eficaz para lidar com a temática, pois possibilitou uma visão ampla de suas limitações, dificuldades ao atender as fantasias e desejos de seus clientes, além da troca de experiência e vivência dentro de suas realidades e dificuldades de cada participante. A identificação das fortalezas existentes em cada membro, permitiu atuar de forma mais consistente em relação às fragilidades e estabelecer ações de saúde com maior equilíbrio entre o grupo.

Por meio dessa Mandala dos Saberes proporcionou a experiência, as autoras a compreender as vivências dos relatos de cada participante relacionado as situações de crises, conflitos, dores, desde a alegria de dar prazer ao seu cliente ao processo de envelhecer, ver a mudança do corpo de cada uma, constituindo-se em uma lição para que possamos analisar nossos valores, estigmas e preconceitos, que, se um dia foram alheios à verdadeira realidade do ser humano, hoje se

encaixam um pouco mais perto desse real e não do ideal. E que um dia todas nós iremos envelhecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da Mandala dos Saberes considerando a sexualidade da mulher trabalhadora sexual, a mudança de seu corpo, a chegada do climatério, a menopausa e o envelhecimento, deve-se compreender e esclarecer a estas mulheres que as dificuldades na aceitação dessa mudança em sua sexualidade, esta fase pode partir tanto pela ausência de informação como no entendimento que a sexualidade esteja restrita a genitalidade, concepção essa que existe entre os idosos e sociedade.

Espera-se que este relato de experiência, através dos apontamentos dos desafios encontrados pelas trabalhadoras sexuais acerca da mudança do se corpo, climatério, menopausa e o envelhecimento, bem como sobre a potencialidade e desfecho das oportunidades e ensinamentos proporcionados, contribua para o desenvolvimento de comportamento favorável ao cuidado em saúde, permitindo o empoderamento pelo alcance de estratégias que permitam melhorias sobre as condições de vida, individual e coletiva.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, José Mendes; ALDRIGHI, Claudia Maria Santos; ALDRIGHI, Ana Paula Santos. Alterações sistêmicas no climatério. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 12, p. 15-21, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/001549872>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ALENCAR, D. L. DE et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533–3542, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PFm6gRq887pk5ndcvYvzdXq/?lang=pt#:~:text=A%20aus%C3%AAncia%20do%20parceiro%20devido,na%20sexualidade%20dos%20mais%20velhos>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 230, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9). ISBN 978-85-334-1486-0. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2022.

ESCÓRCIO, Geovanna Forte. Sexualidade na velhice: uma análise narrativa na ótica de idosas profissionais do sexo aposentadas. **Anais do Congresso Brasileiro de Corpo, Raça, Sexualidade e Gênero – CRSG**, v.2, n. 1, jan.-abr.2020. Disponível em: <<https://app.periodikos.com.br/journal/crsg/article/5e920fd70e8825912d30ae9b>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

FERREIRA, L. G. Mandalas pedagógicas no processo ensino-aprendizagem: saberes e sabores na formação docente. **Práxis Educacional**, v. 15, n. 35, p. 61, 1 out. 2019. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/5660>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

LAROQUE, M. F. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 4, p. 774–780, dez. 2011. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bnWV868YV6pXVhGFSDh7Lmg/?lang=pt#:~:text=Conclui%2Dse%20com%20esse%20estudo,nos%20grupos%20e%20eventos%20organizados>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MAGALHÃES, A. S., & FÉRES-CARNEIRO T. (2003, jan.). Conjugalidade e subjetividades contemporâneas: O parceiro como instrumento de legitimação do “eu”. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro. Retrieved 10 March, 2012. Disponível em: <https://www.puc-rio.br/ensinopesq/ccpg/pibic/relatorio_resumo2009/relatorio/ctch/psi/edjane.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2022.

MAIA, L. A. C. R.; PESSOA, Paulo. Estudo exploratório acerca da satisfação sexual em pessoas de meia-idade da cidade da Covilhã, Portugal. O Portal dos Psicólogos, 2009. disponível em:<https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0500>. Acesso em : 14 mai. 2022.

MARIANO, Igor M. et al. Effect of combined exercise training on heart rate variability in normotensive and hypertensive postmenopausal women. Motriz: **Revista de Educação Física**, v. 27, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/motriz/a/VMtc9LGp6WdDJ89JDngMRkS/>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

MEDEIROS, M.S. et al. Simulação no ensino de Atenção Primária à Saúde: como fazemos? v. 4, Suplemento 1 (2018). ISSN 2446-4813: Saúde em Redes Suplemento, **Anais do 13^a Congresso Internacional da Rede UNIDA**. Disponível em: <<http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/1332>>. Acesso em: 28 maio. 2022.

MIMOUN, S. Ménopause, andropause et fonction sexuelle. **Gynécologie Obstétrique & Fertilité**, v. 31, n. 2, p. 141–146, fev. 2003. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1297958903000109>>. Acesso em: 26 mar. 2022.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lucia Decnop. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, n. 2, p. 177-187, 2004. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/prc/a/RMLkMfGS8kgbvKnSFkWp9zn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

NASCIMENTO, Kelly Cristina. Profissionais do Sexo: Entre as Curvas, a cor e o desejo: Uma roda de conversa. REDE UNIDA - Série Atenção Básica e Educação na Saúde, 15. **Equidade Étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas**. pg 148. Ano 2018. Disponível em: <<chrome-extension://efaid-nbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/equidade-etnicorracial-no-sus-web>>. Acesso em: 04 mar. 2022.

RIBEIRO, Aline; CRISTINA, Régia. Ser mulher na velhice: gênero, corpo e menopausa. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, 2019, 32.2: 370-402. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-48339993>>. Acesso em: 20 mai. 2022.

SILVA, Ronaldo Alves da. As práticas informacionais das profissionais do sexo da zona boêmia de Belo Horizonte: descrição do objeto de pesquisa e apresentação dos resultados. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Programa de Pós-Graduação em Ciência da Info. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ECID-7NXHYA>>. Acesso em: 30 fev. 2022.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 05

ASPECTOS POLÍTICOS, EDUCACIONAIS, SOCIAIS E CULTURAIS NO ENVELHECIMENTO

CLAUDIA REINOSO ARAUJO DE CARVALHO

A área temática “Aspectos Políticos, educacionais, sociais e culturais no envelhecimento” do IX Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, incluiu trabalhos cujas propostas buscavam discutir a inserção das pessoas idosas na sociedade contemporânea por meio da análise de aspectos políticos, educacionais, sociais e culturais no envelhecimento humano.

Para compor essa publicação foram selecionados quatro trabalhos com temáticas bastante distintas e bem aderidos à proposta de linha. Um dos trabalhos realiza uma discussão sobre a educação da pessoa idosa, no âmbito da Educação de Jovens e Adultos, a partir de uma reflexão com base nas obras de Freire. A educação alimentar e nutricional crítica com mulheres idosas de distintas classes sociais, foi discutida em outro estudo da linha, que também analisou a história da alimentação e as condições de acesso aos alimentos das participantes. Socializar a experiência de uma ação de educação em saúde para as pessoas idosas em situação de rua, foi outra temática entre as discutidas na linha, assim como os aspectos norteadores do aumento da expectativa de vida e da expectativa de vida saudável no Brasil.

Os quatro trabalhos refletem a amplitude e a diversidade dos temas abordados na linha temática. São estudos atuais, importantes, discutidos com aprofundamento e articulados teoricamente, que contribuíem sobremaneira para o desenvolvimento do campo dos estudos do envelhecimento no Brasil.

Convido a todos a conhecerem esses trabalhos e desejo uma boa leitura!

Claudia Reinoso Araujo de Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

A EDUCAÇÃO DE IDOSOS NA EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS: REFLEXÕES FREIREANAS

ISABEL CRISTINA NASCIMENTO GOMES BOMFIM

Mestranda do Curso de Mestrado em Educação de Jovens e Adultos - MPEJA, da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, icgomes@uneb.br Lattes autor: <http://lattes.cnpq.br/3623784755915432>

LUANA DE SANTANA RIBEIRO

Mestranda do Curso de Mestrado em Educação de Jovens e Adultos - MPEJA, da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, consultlua@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1785525704670768>

LANARA GUIMARÃES DE SOUZA

Doutora em Educação, pela Universidade federal da Bahia. Orientadora do Curso de Mestrado em Educação de Jovens e Adultos – MPEJA – UNEB, lanara@ufba.br Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2300035671023387>

RESUMO

A educação da pessoa idosa é um direito constituído como direito à educação ao longo da vida. Com o crescimento da população acima dos 60 anos, é cada vez maior o número de idosos nas salas de aulas da Educação de Jovens e Adultos -EJA. O objetivo desta pesquisa é refletir nas obras de Paulo Freire, sobre a educação do idoso. A questão que nos moveu a realizar o estudo foi: quais perspectivas para educar o idoso a partir das obras de Paulo Freire? O referencial teórico metodológico, quanto aos procedimentos é uma Pesquisa Bibliográfica. A partir do levantamento do material, foi realizada uma análise das publicações, que permitiu identificar que a formação das pessoas com valores, consciência de cidadania e seus conhecimentos prévios adquiridos ao longo da vida, propiciam a aprendizagem, e que só pode haver uma sociedade justa e democrática se as classes oprimidas e discriminadas tomarem consciência de suas condições de vida e das raízes dos problemas que as afetam. Foi possível concluir que, educar idosos no contexto da EJA, modalidade pedagógica fundamentada nas diversidades das pessoas, surgida das necessidades reais da população, pode ser um caminho para a superação de alguns dos desafios na educação de idosos.

Palavras-chave: Educação de Idosos. Educação de Jovens e Adultos. Paulo Freire

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento ativo e o aumento da expectativa de vida e longevidade da população brasileira tem contribuído para inserção dos idosos na Educação de Jovens e Adultos. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o número de pessoas idosas no Brasil ultrapassou os 30 milhões (IBGE, 2017). Os mesmos dados mostram ainda que o aumento da população idosa tem mudado o formato da pirâmide etária em relação aos últimos 40 anos. A Síntese de Indicadores Sociais apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2017) estima que em 2050, pela primeira vez, haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Projeta-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos e mais, que duplique em 2050, alcançando dois bilhões de pessoas ou 22% da população global. Esta mudança será ainda mais significativa em 2060, quando aproximadamente 1/3 da população brasileira será de pessoas idosas.

Os dados acima apresentados demonstram o crescimento populacional de pessoas idosas se comparado a anos anteriores, porém torna-se necessário refletir se a sociedade brasileira está preparada para atender às demandas sociais, econômicas e educativas que vêm junto com esse aumento populacional.

Esse fenômeno exige uma análise cuidadosa, considerando a ambiguidade que pode sugerir. Por um lado, há uma defesa da participação ativa dos idosos nas práticas econômicas, políticas, culturais de sua sociedade, expressas no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002), o que sinaliza para a necessidade da habilitação do idoso e promoção de sua plena participação como elementos imprescindíveis para um envelhecimento ativo; por outro lado, não se têm atendido os idosos na medida das suas variadas necessidades, como emprego, saúde e bem estar.

Sendo assim acredita-se que a educação emancipadora e libertária, proposta pelo educador Paulo Freire em suas obras possa vir a ser um alicerce para a construção de políticas públicas de educação e inclusão que atenda às necessidades educativas da pessoa idosa, especialmente no contexto da Educação de Jovens e Adultos – EJA, compreendida aqui como uma modalidade de ensino que visa

oportunizar a escolarização para pessoas que não concluíram a educação básica na idade certa proporcionando sua inserção crítica e qualificada no contexto social atual.

A Educação de Jovens e Adultos é uma possibilidade de educação para todas as idades e, para os idosos, consiste em uma oportunidade para atualizar seus conhecimentos, conhecer pessoas de outras faixas etárias e trocar experiências, mostrar suas habilidades, acessar novos espaços, fortalecer sua posição no grupo familiar, dentre outros.

Importante destacar que a escolha por Paulo Freire como referência para esta pesquisa se deve ao seu reconhecido legado para a educação mundial. Paulo Reglus Neves Freire, nasceu no dia 19 de setembro de 1921 em Recife, Pernambuco, reconhecido em todo o mundo e tornado Patrono da Educação Brasileira pela Lei nº 12.612, de 13 de abril de 2012.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi refletir sobre a educação do idoso no legado freireano. A questão que nos moveu a realizar o estudo foi: quais são as perspectivas para educar o idoso a partir das obras de Paulo Freire? O percurso metodológico para possíveis respostas se deu por meio da abordagem qualitativa, tendo como método a pesquisa bibliográfica, embasada na análise de conteúdos.

A opção pela pesquisa bibliográfica, está amparada em Gil (2002) enquanto fonte de informações que consiste no estudo de materiais já publicados e disponíveis como: livros, artigos, periódicos e arquivos impressos que tratam do problema ou tema em estudo, com o intuito de abordar as diferentes perspectivas das temáticas e até mesmo correlacionar às informações.

No presente estudo, a análise de conteúdo, conforme Bardin (1977), fundou-se na frequência de aparição das palavras chaves: idade, idoso(a), envelhecimento, velho(a), seguida da inferência e da interpretação contextual no todo de cada obra onde estas palavras aparecem. Foram consultados 10 (dez) livros publicados por Paulo Freire, no período entre 1984 e 1996 e disponíveis gratuitamente pelo Instituto Paulo Freire no link: <http://www.acervo.paulofreire.org/> Após o mapeamento com as palavras chaves, 04 (quatro) obras se destacaram como referência no campo do problema em estudo, com o intuito de apresentar e compreender sobre as perspectivas do autor a respeito da temática, e sua aplicabilidade no atual cenário da EJA para idosos, conforme veremos a seguir.

A EDUCAÇÃO DO IDOSO COMO DIREITO E PRÁTICA DA LIBERDADE

A educação da pessoa idosa é um direito constituído como direito à educação ao longo da vida e integra os fundamentos da Educação de Jovens e Adultos, permanente, no contexto da educação popular, que visa à formação das pessoas com valores, consciência de cidadania e seus conhecimentos prévios adquiridos ao longo da vida, defendendo que só pode haver uma sociedade justa e democrática se as classes oprimidas e discriminadas tomarem consciência de suas condições de vida e das raízes dos problemas que as afetam.

Diante do crescimento populacional de pessoas idosas e maior esperança de vida e longevidade, bem como a necessidade de implementação de políticas públicas específicas, a Educação de Jovens e Adultos, constitui-se como educação e oportunidade de participação do idoso e que o leva ao encontro de muitas de suas necessidades. É a oportunidade de acesso aos vários tipos dos saberes oferecidos pelas diferentes áreas do conhecimento; e para além disso é o espaço de conscientização sociopolítica como contraponto para as desigualdades sociais, tão bem defendida por Paulo Freire em sua obra: Educação como Prática da Liberdade (1989). O relato a seguir ilustra muito bem essa perspectiva emancipadora:

“Amanhã”, disse certa vez um gari da Prefeitura de Brasília, ao discutir o conceito de cultura, “vou entrar no meu trabalho de cabeça para cima”. É que descobrira o valor de sua pessoa. Afirmava-se. “Sei agora que sou culto”, afirmou enfaticamente um idoso camponês. E ao se lhe perguntar por que se sabia, agora, culto, respondeu com a mesma ênfase: “Porque trabalho e trabalhando transformo o mundo”. (FREIRE, 1989a, pág. 10)

O estar ciente de sua cultura, para o idoso camponês, associada ao trabalho que transforma o mundo revela uma das principais perspectivas para formação de idosos que é a ação transformadora social, enquanto direito de aprender permanentemente. A Lei nº 9394, de 7 de dezembro de 1996 - LDBEN, alterada pela Lei nº 13.632, de 6 de março de 2018, encontrou em Paulo Freire a referência que formula as bases da educação libertadora como um paradigma que influencia o

campo do direito da pessoa idosa estudar, aos dispor sobre a educação e aprendizagem ao longo da vida. De forma mais específica, em seu Art. 37, consta que “a educação de jovens e adultos será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos nos ensinos fundamental e médio na idade própria e constituirá instrumento para a educação e a aprendizagem ao longo da vida” (BRASIL, 2005).

Tal continuidade tem que ser libertadora. A perspectiva humanista assumida por Freire em suas obras tem um caráter concreto, científico e integral, com uma visão crítica a respeito do ser humano, que rejeita formas de manipulação e recusa o otimismo ingênuo. Então, a educação como prática de liberdade é para Freire uma situação gnosiológica, na qual o ato cognoscente não termina no objeto cognoscível, visto que importa a comunicação com outros sujeitos cognoscentes, ou seja, outros seres humanos. Em Freire (1989), a linguagem ocupa lugar de destaque no diálogo, é fundamento para educar idosos, como pode ser visto em suas palavras:

Daquele contexto - o do meu mundo imediato - fazia parte, por outro lado, o universo da linguagem dos mais velhos, expressando as suas crenças, os seus gostos, os seus receios, os seus valores. Tudo isso ligado a contextos mais amplos que o do meu mundo imediato e de cuja existência eu não podia sequer suspeitar. (FREIRE, 1989a, pág. 9)

Esta forma de aprender com o outro, em diálogo com o outro, de forma integral e integrada com a cultura e a vida social contextualizada, inspira e orienta inclusive a Lei nº 10.741/ 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, onde em seu Art. 20 define que “O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (BRASIL, 2009).

Importa, pois, entender que a educação para e com a pessoa idosa é uma situação gnosiológica no seu sentido mais amplo, no sentido de que é diálogo, é comunicação, desde que seja uma prática realizada criticamente. Freire (1989a) leva-nos a refletir sobre a educação como um processo de constante libertação do ser humano, que não aceita o homem isolado do mundo, nem o mundo sem o homem, pois são justamente as relações homem-mundo que devem constituir o ponto de partida das reflexões do fazer educativo.

Refletir sobre sua própria realidade, transformá-la e encontrar caminhos possíveis são questões humanas. A educação, por si, não perpassa pela adaptação do homem à sociedade, mas pelo caminho de sua transformação pelo próprio homem. O homem precisa de si mesmo para criar, para tornar seus sonhos uma realidade, portanto, a educação deve preceder um caminho expansivo. Freire (1989a) afirma ainda que é preciso partir de nossas possibilidades para sermos nós mesmos. O erro não está na imitação, mas na passividade com que se recebe a imitação ou na falta de análise ou de autocrítica. A consciência crítica e libertadora torna-se mais que uma necessidade; torna-se um direito.

O LEGADO DA OBRA DE PAULO FREIRE PARA EDUCAÇÃO DE IDOSOS

A educação da pessoa idosa, por sua especificidade, tem seu espaço histórico-cultural como um lugar onde o educando adquire recursos pessoais que lhe permitem penetrar outro espaço histórico-cultural, no qual possa realizar-se com ser humano individual e como cidadão. Paulo Freire, como educador, apresenta-nos a importância da relação comunicativa entre os sujeitos, relação que se dá a partir da coparticipação nos atos de pensar, através de memórias, oralidade e história.

Um excelente trabalho, numa área popular, sobretudo camponesa, que poderia ser desenvolvido por bibliotecárias, documentalistas, educadoras, historiadoras seria, por exemplo, o do levantamento da história da área através de entrevistas gravadas, em que as mais velhas e os mais velhos habitantes da área, como testemunhos presentes, fossem fixando os momentos fundamentais da sua história comum. Dentro de algum tempo se teria um acervo de estórias que, no fundo, fariam parte viva da História da área. (FREIRE, 1989b, pág. 20)

A perspectiva da oralidade, das histórias de vida e dos lugares onde convivem atendem à diversidade desse público na sala de aula. Contribuem para construção da identidade dos idosos e ao mesmo tempo destacam a individualidade e o contexto social que estão

inseridos. Além de ensinar determinados conteúdos, a escola libertadora deve fazê-los elaborar conteúdos sócio histórico, aprimorar as potencialidades e a criticidade por meio de suas histórias e saberes. O direito à educação precisa ser garantido em sua plenitude: de aprendizado, de formação cidadã, de pessoas que aprendem a ler o mundo, de escrever sobre o mundo e de transformar o mundo.

A defesa do direito de todos à educação, é fundamental para uma educação sem discriminação, que inclua cada vez mais aqueles que procuram os espaços educacionais com o objetivo de oportunidades quer sejam para o mundo do trabalho, quer sejam pelo encantamento dos diversos saberes que fazem parte do seu imaginário e das lutas para resistir ao retrocesso de ideologias fascistas e antidemocráticas. Vejamos essa perspectiva a partir de um relato do próprio Paulo Freire:

Foi naquela manhã em Coimbra, no campo, que soube ter sido aquela pequena comunidade rural que, com umas poucas mais, deu total apoio ao governo revolucionário, num dos momentos de assanhamento da direita. Uma das mais idosas camponesas que se alfabetizara com as jovens do Graal, despertou numa certa madrugada e, discretamente, recolheu a propaganda fascista que havia sido distribuída durante a noite no seu povoado. (FREIRE, 1992, pág.15)

Tal relato ilustra mais uma perspectiva a ser observada na educação da pessoa idosa que sua ação política. A educação libertadora transforma o trabalhador em um agente político, sendo um ser pensante, que age, e que usa a palavra como arma para transformar o mundo. A educação consiste na nossa própria vida. Embora a educação institucionalizada faça parte da vida do sujeito, a educação enciclopédica, não é suficiente, pois, a disputa ideológica em sociedade nos leva à permanente observância dos nossos direitos enquanto cidadão e cidadã.

Ao abordar sobre os valores democráticos na educação para pessoas idosas, as práticas educativas trazem principalmente a proposta de tornar os sujeitos livres e atentos à realidade do mundo, do cotidiano e do trabalho; os tornam protagonistas de suas histórias, ao compreender suas capacidades na realização de sonhos, desvendando habilidades e o que gostam e não gostam de fazer. Eis um exemplo de como essa escuta histórica é importante:

Não sei se você se lembra de que existia um Departamento de Cultura, no Ministério da Educação, cuja tarefa era registrar depoimentos dados por pessoas velhas, coletando lendas e testemunhos históricos. Pois bem, eu trabalhei muitíssimo, ao lado de membros desse Departamento. Ia com eles ouvir esses velhos – até posso lhe contar uma anedota para que você veja a importância da lógica da oralidade. (FREIRE, 1985, pág. 78)

Ouvir os mais velhos, oportunizar a eles e elas o lugar de fala, configura-se como mais uma perspectiva educativa necessária. O envelhecimento é visto, portanto, como uma etapa da vida, na qual se conquistou experiências positivas ao longo de sua história, e, o avançar da idade, a pessoa é capaz de contribuir e muito para a sociedade, compartilhando saberes e resignificando conhecimentos.

As memórias e trajetórias de vida dos idosos, podem sinalizar um caminho possível, para uma educação que dê sentido às suas necessidades, desvelando as suas razões de estarem na escola nessa fase da vida. Também como uma correção, redenção do passado opressor, libertando a si mesmos e a aqueles que negaram a sua vocação de ser mais, por intermédio de uma escolaridade negada.

As pessoas idosas da EJA, em sua maioria trabalhadoras e trabalhadoras escolheram voltar à escola, mesmo com todas as demandas de trabalho e responsabilidades as quais demandam muito esforço físico e mental pela rotina diária. Esse gesto de determinação demonstra a força de vontade desses estudantes em aprender, construir e compartilhar conhecimentos para mudar sua realidade.

A obra de Paulo Freire que de maneira mais próxima nos fala sobre o envelhecimento e a educação é o livro: *À sombra desta mangueira*, lançado em 1995. Nele, o autor nos apresenta os seus critérios de avaliação da idade, entre juventude e velhice, para além do calendário ao dizer:

Ninguém é velho só porque nasceu há muito tempo ou jovem porque nasceu há pouco. Além disso, somos velhos ou moços muito mais em função de como pensamos o mundo, da disponibilidade com que nos damos, curiosos, ao saber, cuja procura jamais nos cansa e cujo achado jamais nos deixa satisfeitos e imobilizados. Somos moços ou velhos muito mais em função da vivacidade, da esperança com que estamos sempre prontos a começar tudo de novo, se o que fizemos continua a encarnar sonho

nosso. Sonho eticamente válido e politicamente necessário. Somos velhos ou moços muito mais em função de se nos inclinarmos ou não a aceitar a mudança como sinal de vida e não a paralisação como sinal de morte. (FREIRE, 1997, pág. 70)

7

Observamos que para o autor, categorizar a velhice não é uma atividade fácil, pois ela não consiste somente em um estado, mas sim em constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Assim, na maioria das vezes, podemos dizer que não existe um “velho”, mas sim um “ser envelhecendo”. E envelhecer é, em parte, submeter-se às normas sociais em constante mutação, onde sua individualidade, pelas limitações, muitas vezes físicas, é questionada, dificultada pela condição de envelhecer.

Esse processo de envelhecimento, que tem se constituído na atualidade, nos remete a acreditarmos que apesar de ainda termos muito a aprender com esse processo que é natural a todos os seres humanos, está apontando para significativas conquistas, sobretudo, na condição de pessoas que se reconhecem entre essa grande maioria de idosos circulando ativamente em todos os espaços sociais.

Tal reconhecimento implica a noção de que o ser humano é um ser incompleto, inacabado, inconcluso, como nos mostra Freire (1996), que está sempre aberto a aprender, o que implica na possibilidade de ter acesso a novos conhecimentos, a novas experiências sociais e a uma formação integral e continuada. Logo, falar de educação libertadora e emancipadora para pessoas idosas é olhar para os processos históricos e vislumbrar uma transformação da realidade a partir desses mesmos processos.

Como reflexões sobre a prática educativa para pessoas idosas na EJA, na perspectiva freireana, não cabe um engessamento ou uma padronização, nem tampouco o seguimento de uma cartilha, já que iria de encontro às ideias basilares da pedagogia libertadora, que se propõe a ser crítica. As práticas educativas para este público devem: estimular a atividade e a iniciativa dos estudantes, mas sem abrir mão da iniciativa do professor; favorecer o diálogo entre eles e elas, e com os professores, mas sem deixar de valorizar o diálogo com os saberes empíricos aprendidos nos espaços não formais e com a cultura acumulada historicamente; levar em conta os interesses, as necessidades,

os diferentes ritmos de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico, mas sem perder de vista a sistematização lógica dos conhecimentos e sua gradação que tem como resultado a formação de sujeitos sociais capazes de transformar a realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da sua história, a EJA, constituída no apelo das populações, em resistência por uma educação popular digna para todos, e apesar dos variados dispositivos legais para atendê-la de forma adequada, ainda tem muito a ser superado para a garantia dos direitos humanos por uma educação de qualidade.

O que os idosos buscam na escola não é diferente do que esperam da vida, o acesso aos bens e serviços, o direito de ser e conviver, não como meros consumidores, mas como produtores ativos que ainda têm muito a contribuir com o enriquecimento do acervo político, cultural e econômico da sociedade. Percebe-se que todos e todas têm o direito de iniciarem e de continuarem seus estudos em qualquer idade, com políticas públicas fortes e sustentáveis.

Durante a pesquisa identificamos a importância de se promover a aprendizagem ao longo da vida, pautada em uma educação inclusiva que considere os princípios democráticos, emancipatórios e humanistas na formação desses estudantes. Então, é preciso fazer com que a escola seja um espaço em que idosos e idosas possam ter acesso aos saberes eruditos e não apenas aos saberes rudimentares e espontâneos. Os vértices epistemológicos referenciados nas obras de Paulo Freire são: autonomia, criticidade e colaboração. Estes conceitos transversalizam e ativam o aprendizado dos educandos idosos, trazendo à baila o engajamento e imersão em realidades distintas, não em contraponto à teoria e prática, mas como relação simbiótica que se complementam.

A imersão na realidade se estabelece com a leitura de mundo, de acordo a observação, interação interpessoal, mediadas num processo de ensino e aprendizagem fundamentado na referência do indivíduo. Somam-se a isso, com os aspectos da vida em comunidade, experiências e vivências que devem ser consideradas na elaboração de práticas pedagógicas à autonomia, assegurando um espaço dialógico de formação plena.

Freire (1996) nos diz: “Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” e sobre essa autenticidade no relacionamento ensino aprendizagem que ocorre nas salas de EJA em se educam-se idosos, podemos destacar as perspectivas política, estética, ética, ideológica e afetiva que ocorre na interação entre os sujeitos. Essa troca de experiências dos idosos entre seus pares e professores, trazem muitas possibilidades de mudanças no seu contexto, desde a melhoria significativa da sua autoestima, até a aceitação e reconhecimento de si mesmo e dos outros.

REFERENCIAS

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394/1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Senado Federal, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 6 out. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 abr. 2019.

_____. Lei nº10.741 de 1º. de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 2009. Seção 1, p. 27834-27841. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741compilado.htm. Acesso em 08 de julho de 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996

_____. **Educação como Prática de Liberdade**, Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1989a

_____. **A importância do ato de ler.** São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.b

_____. **Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido.** São Paulo: Paz e Terra, 1992.

_____. **À sombra desta mangueira.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo; FAUNDEZ, Antonio. **Por uma Pedagogia da Pergunta.** Rio e Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FERRAZ, Tânia Regina; PAULINO, Paulo Cesar. **O idoso e os desafios na educação de jovens e adultos.** III Curso de Especialização em Educação Profissional Integrada à Educação Básica na Modalidade Educação de Jovens e Adultos, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campus Cornélio Procopio, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261699754_O_IDOSO_E_OS_DESAFIOS_NA_EDUCACAO_DE_JOVENS_E_ADULTOS/download

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UNESCO, 1986. **4ª. Conferência Internacional de Educação de Adultos** realizada em Paris, em 2002.

AUTOAVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS ALIMENTOS ENTRE MULHERES ADULTAS MADURAS E IDOSAS DE DISTINTAS CLASSES SOCIAIS

FRANCIELI ALINE CONTE

Nutricionista, Doutoranda em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - RS, francieliconte@yahoo.com.br

JOHANNES DOLL

Doutor em Educação pela Universität Koblenz Landau - DE, johannes.doll@ufrgs.br

RESUMO

Este estudo trata do recorte de dados de um trabalho empírico de educação alimentar e nutricional crítica com mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais. No estudo em questão foi investigado a história da alimentação e das condições de acesso aos alimentos das participantes. Foram incluídas no estudo sete mulheres adstritas em Estratégias de Saúde da Família, do município de Ijuí-RS. A história alimentar mostrou que todas elas possuem acesso aos alimentos e que a alimentação básica é produzida em casa. A avaliação da autoavaliação da alimentação atual das mulheres com piores condições sociais, mostrou haver uma maior monotonia alimentar comparado às mulheres com melhor poder aquisitivo. Mulheres com maior escolaridade conseguiram realizar uma maior reflexão sobre o que estavam consumindo ou deixando de consumir, enquanto que mulheres com menor escolaridade tiveram maiores dificuldades de encontrar 'falhas' na alimentação. A monotonia alimentar esteve mais presente entre mulheres de menor status econômico, enquanto que mulheres com melhor renda, apresentaram maior diversidade na dieta. Em relação à alimentação ao longo da vida, seis das sete participantes referiram que ela foi se modificando ao longo das décadas, justificado principalmente pela mudança da composição familiar, mudança na rotina, acentuação do envelhecimento e medo de adoecimento. Tanto as mulheres com melhores condições sociais, quanto as de menor poder aquisitivo afirmam se privar de comprar alguns alimentos pelo elevado preço dos mesmos. Mulheres com menor poder aquisitivo, que passaram restrições na infância, referiram não se privar de comprar o que gostam.

Palavras-chave: Alimentação, Mulheres, Envelhecimento, Renda, Escolaridade .

INTRODUÇÃO

A transição demográfica que veio ocorrendo especialmente a partir da década de 1950 tem gerado diversos efeitos colaterais. Os atuais adultos maduros e idosos da atualidade tem estado dentro de uma estatística de sobrepeso ou obesidade e doenças crônicas, que em grande parte se deve ao modelo de alimentação global atual.

Muitos são os fatores que influenciam sobre a comensalidade e sobre os comportamentos alimentares, entre os quais, estão fatores psicológicos (LEÃO, FERREIRA, 2021) e renda (CONTE, CONTE, DOLL, 2020). Recentemente vivenciamos um período de isolamento, o que por sua vez contribuiu para muitas mudanças na alimentação, sobretudo, sobre o “aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, diminuição de consumo de alimentos in natura, redução das atividades físicas, ganho de peso”, influenciado por fatores emocionais e psicológicos, de acordo com Leão e Ferreira (2021, p. 1).

A renda das pessoas é outro fator que influencia de forma direta sobre a aquisição ou não de alimentos (BOOG, 2013; CONTE, CONTE, DOLL, 2020). Além disso, as escolhas alimentares sofrem uma forte influência da cultura, da região do país, da disponibilidade dos alimentos (BOOG, 2013). O baixo poder aquisitivo pode ser um fator limitador de acesso a alimentos saudáveis, ou um fator facilitador sobre o acesso aos produtos ultraprocessados e prontos para o consumo, os quais, de modo geral são mais baratos e de fácil acesso (CONTE, CONTE, DOLL, 2020), mas detentores de elevada densidade calórica, sódio, gordura hidrogenada, açúcares e aditivos químicos, os quais contribuem para a obesidade e hiperlipidemias e outras doenças crônicas e incapacitantes (GEIB, 2012).

De acordo com Geib (2012, p. 125) “as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais”, além da “renda, escolaridade, profissão, sexo, gênero, local de moradia e outros fatores” são, “determinantes estruturais da saúde”. Segundo os autores (op. cit), a estrutura socioeconômica (fatores estruturais) contribuem para o adoecimento e desigualdades em saúde. Esses fatores, também considerados estruturais, são os primeiros a influenciar a saúde do indivíduo. Na concepção dos autores, “os jovens e adultos com carências educacionais e financeiras” são os futuros idosos que utilizarão dos serviços de saúde se a trajetória do curso da vida não for modificada.

A investigação da alimentação dos indivíduos e populações é essencial para avaliação de fatores ou possíveis componentes prejudiciais à saúde e pode ser realizada por meio de múltiplos métodos (ESCOTT-STUMP, MAHAN, 2013), todavia a autoavaliação da alimentação é um método ainda considerado escasso segundo Carvalho et al (2020). Nesse sentido, esse estudo visa investigar a autoavaliação da alimentação e das condições de acesso aos alimentos de mulheres adultas maduras e idosas de distintas classes sociais, da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Este estudo trata do recorte de dados de um estudo qualitativo, de intervenção, realizado com sete mulheres adultas maduras (50 a 59 anos) e idosas (60 anos e mais) de uma cidade da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, que investigou entre muitos outros dados, o perfil socioeconômico e a história alimentar por meio de perguntas abertas, a respeito da alimentação atual e ao longo da vida, bem como das condições de acesso aos alimentos. Os dados levantados são parte dos resultados da tese de Doutorado intitulada "Educação alimentar e nutricional crítica na saúde de mulheres de distintas classes sociais", da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 4.801.673 e número CAAE: 45803421.60000.5347.

Os critérios de seleção para a entrada na pesquisa foram: ser do gênero feminino, possuir idade igual ou superior a 50 anos, estar adstrita em uma Estratégias de Saúde da Família do meio urbano da cidade de Ijuí-RS e se enquadrar em um dos três critérios específicos de escolaridade e classificação de renda pelos critérios da PNS (2013):

- Baixa renda e baixa escolaridade: mulheres que possuíam até o ensino médio incompleto e renda familiar classificada entre Classe Baixa baixa (família que recebe até R\$ 1980,00) ou Classe Baixa Média (família que recebe de 1908 até 2862,00)
- Alta renda e escolaridade: mulheres que possuíam ensino superior e renda familiar classificada como Classe média baixa (mais de R\$ 5724 a R\$ 9540 por família).

- Renda e escolaridade Intermediária: Mulheres com ensino médio completo e renda familiar intermediária aos parâmetros acima.

O recrutamento e seleção das participantes ocorreu mediante a disponibilidades de nomes e telefone de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, que foram disponibilizados pelas ESFs, através das Agentes Comunitárias de Saúde. A seleção dos dados foi realizada por meio de sorteio aleatório dos nomes, que ao serem sorteadas, foram contatadas via ligação telefônica e convidadas para participar do estudo. Em caso de negação, um próximo número era novamente sorteado.

Após a fase final da seleção e inclusão das participantes, foram agendados e realizados os encontros virtuais individuais por meio do Google Meet. Cada uma das participantes foi orientada a se identificar com um novo nome, sigla ou adjetivo para que fossem identificadas no estudo, a fim de manter seus nomes sob sigilo, a não ser que não quisessem. Entre os novos nomes escolhidos foram definidos por elas: Bere, Nega, Rosa, Rose, Joce, Rosa 2 e Vagalume aprendiz.

O levantamento dos dados sociodemográficos e socioeconômicos foi realizado por meio de questionário semiestruturado elaborado pela pesquisadora. A investigação da história alimentar, foi realizada por meio de entrevista elaborada pela pesquisadora. Entre os dados sociodemográficos e socioeconômicos foi investigado a idade, escolaridade, a renda individual e familiar, profissão, estado civil, local onde nasceram, número de filhos e como consideravam a sua situação econômica.

Em relação à história alimentar, a investigação buscou desvelar como estava a alimentação das participantes na atualidade e como foi a alimentação ao longo da vida, por meio das seguintes questões: "Vamos começar falando sobre como é a sua alimentação na atualidade: como você tem se alimentado na sua visão? Por quê?" e "Conte-me mais um pouco, como foi a sua alimentação ao longo da sua vida adulta".

A investigação acerca do acesso ou falta de alimentos e grupos alimentares foi investigado por meio das seguintes indagações: "Você considera que falta (am) alimentos ou algum grupo alimentar na sua dieta? Qual (ais)?" e "Você se priva de comprar algum alimento que gosta ou necessita? Qual/quais? Por que?".

A aplicação das perguntas e respostas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo, obedecendo aos pressupostos teóricos de Moraes (1999). A análise obedeceu aos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, referidos por Moraes (1999) e Minayo (2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação do perfil socioeconômico e sociodemográfico estão resumidos no Quadro 1 e aponta que as participantes possuíam uma média de 54,42 anos, e em sua grande maioria estavam casadas ($n=7$, $\%=85,75$), e se autodeclararam como brancas ($n=5$, $\%= 71,42$), sendo que uma delas se declarou parda e outra "morena". A diferenciação das participantes em relação à escolaridade, renda e profissões apontou que entre as mulheres menos escolarizadas, a média de escolaridade foi de 6,33 anos e variou entre 4 e 8 anos. A renda média dessas participantes foi de R \$1400,00.

As profissões das participantes menos escolarizadas variaram entre: do lar (sem renda, onde considerou-se a renda do esposo), cozinheira e auxiliar de serviços gerais. A maior renda entre as participantes de menor *status* socioeconômico foi de R\$ 1900,00, cuja fonte é oriunda de duas fontes: aposentadoria e trabalho como auxiliar de serviços gerais. A participante que apresentou dados intermediários, possuía ensino médio completo e apresentou uma renda individual de R\$ 3000,00, oriundo do trabalho como funcionária pública em escola, na função de auxiliar de serviços gerais que exerce há 26 anos.

A análise da renda das participantes de maior *status* social apontou para uma média de 19 anos de escolaridade, que variou entre 16 e 24 anos, sendo que a participante com 24 anos de escolaridade possui duas graduações. A renda média individual entre essas mulheres foi de R\$ 4116,66 e variou entre R\$ 2750,00 e R\$5500. Aqui é importante pontuar que a renda individual da participante que referiu receber R\$ 2750,00 ou 1,5 salários mínimos (no ano de 2021) não representa a sua real renda mensal, mas sim o que ela separa para si no mês e não quis mencionar a rentabilidade mensal real. As profissões dessas participantes variaram entre: comerciante (dona de mercados), contadora e professora de escola estadual.

No que se refere a situação de saúde e situação financeira, as mulheres de menor status econômico consideram suas condições financeiras como: estável, regular e média. A participante com renda e escolaridade intermediária (Rose) considerou que a situação econômica era boa, mas passou a ser razoável no período pandêmico. As participantes de maior ou melhor condições de renda referiram ser: muito boa, estável e privilegiada.

Quadro 1: Síntese dos dados socioeconômicos e sociodemográficos das participantes e suas respectivas condições sociais.

BAIXA RENDA E ESCOLARIDADE	ALTA RENDA E ESCOLARIDADE
Bere - 50 anos, casada, definiu sua cor como morena, 4 anos de escolaridade. Profissão: do lar. Renda Individual (divisão da renda do esposo): R\$11000,00. Renda Familiar: R\$2200,00. Considera a situação econômica estável.	Joce - 59 anos, branca, casada, 17 anos de escolaridade. (Formada em Biologia, Profissão: Trabalho Comercial (Dona de Mercados). Renda Individual: R\$ 2750,00; Renda familiar: R\$ 3850,00. Considera a situação financeira muito boa.
Rosa - 50 anos, casada, branca, estudou até a 7 série. Profissão: cozinheira de escola infantil. Renda individual: R\$:1200,00; Renda Familiar: R\$ 2700,00. Considera a situação econômica regular.	Rosa 2 - 51 anos, casada, cor branca, 16 anos de escolaridade. Profissão: Contadora e vendedora de cosméticos. Renda individual: R\$ 4100,00; Renda Familiar: R\$ 6000,00. Considera a situação financeira estável.
Nega - 60 anos, parda, casada, 8 anos de escolaridade. Profissão: Já está aposentada e ainda trabalha como auxiliar de Serviços Gerais. Renda Individual: R\$:1900,00; Renda Familiar: R\$ 4000,00. Considera a situação econômica média.	Vagalume aprendiz - -57 anos, branca, solteira, 24 anos de escolaridade, Graduada em Biologia e Matemática. Profissão: Aposentada (20 horas) e trabalha 20 horas em escola estadual. Renda individual: R\$5500; Renda Familiar: R\$ 8200,00. Considera ter uma situação financeira privilegiada.
RENDA E ESCOLARIDADE INTERMEDIÁRIA	
Rose -54 anos, branca, casada, 11 anos de escolaridade. Profissão: Funcionária Pública Municipal, Renda individual: R\$: 3000,00 e Familiar: R\$400,00. Considera a situação financeira boa e agora considera razoável (por conta do momento que se está vivendo).	

A autoavaliação da alimentação das mulheres

A avaliação da alimentação considerou a alimentação atual e ao longo da vida, que estão resumidos nos Quadros 1 e 2. A primeira questão avaliada foi da alimentação atual (Quadro 1) onde ficou evidente três principais situações: uma referente a percepção de que a alimentação não vai bem e necessita de mudanças (duas mulheres), uma outra, em que as mulheres perceberam mudanças positivas na

alimentação, como a redução de alguns exageros alimentares, redução de consumo de alimentos processados, por exemplo, e percebem que a alimentação mais saudável, ou natural, e por fim, um terceiro ponto, onde uma participante referiu não ter mudado os seus hábitos, pois segue com a rotina de vida de quando era mais jovem.

A classificação desta questão resultou em seis categorias distintas. Duas mulheres (Bere e Rosa 2) avaliaram a alimentação como não adequada, referindo faltar alguns alimentos na dieta, além de questões relacionadas às refeições em específico, como, no caso da participante Bere, que referiu faltar salada e outras “coisas assim”, onde se subentende que seja legumes, ou ainda frutas. Bere referiu na entrevista, em um momento informal, que come ‘qualquer coisa no almoço’, e nem sempre prepara as comidas básicas como feijão, arroz, macarrão, carne, que considera “triviais” porque ao meio dia o esposo não almoça em casa. No caso de Rosa 2, a avaliação foi mais reflexiva, pois avaliou de um modo geral, todas as refeições do dia, apontando alguns detalhes como longos períodos de jejum pela manhã ou tarde, consumo de biscoito industrializado no lanche da tarde (quando realiza).

Na mesma questão, quatro participantes consideraram que a alimentação na atualidade está melhor ou mais natural, e/ou equilibrada e/ou saudável, (Rosa, Rose, Joce e Vagalume Aprendiz), e entre os fatores desencadeadores da mudança está o envelhecimento, por perceber modificações no corpo (Rosa 2, Vagalume Aprendiz), o trabalho em *Home-Office* durante a pandemia (Rose), e a mudança na estrutura familiar (Joce). Entre as principais alterações mencionadas, esteve tanto a redução do volume de alimentos consumidos (Joce, Bere), quanto o aumento do volume (Vagalume Aprendiz, Rosa), a redução do consumo de gorduras (Joce), redução do consumo de *fast-foods* (Joce).

Na autoavaliação da alimentação, foram citados, de modo geral, pontos positivos e negativos. Uma parte das falas que ficou em destaque foi a questão do gostar de comer muito (prazer), e a tentativa de tentar controlar. Esses dois elementos aparecem de diferentes formas nos relatos de quatro participantes, entre elas, Rosa, Vagalume Aprendiz, Rose e Joce.

Rosa: “eu gosto bastante de comer bem. Às vezes eu tento me cuidar mas eu não consigo”.

Vagalume Aprendiz: *"Meu problema é que eu como demais (risos), (...) eu tô além do peso por conta de gostar muito de comer"*.

Rose: *"eu tô controlando pra não deixar o meu povo comer muito macarrão, pinhão"*.

Joce: *"um final de semana a agente "abusa mais", aí na segunda feira eu já sofro mais, me estufa"*.

Por meio dos relatos evidenciou-se algumas particularidades em relação à renda e o melhor ou mais limitado acesso à diversidade alimentar. Entre as três participantes de renda elevada, percebeu-se uma maior diversidade alimentar ou de acesso à alimentos. Vagalume Aprendiz afirmou: "estão incluídas nela (alimentação), todas as classes de alimentos: todas! (...) frutas, verduras, sementes, arroz, feijão, (...), grão de bico, (...) a gente só usa arroz integral" e da participante Joce: "de manhã (...) uma fruta, um pão, leite (...) Pão eu só como o integral, preto. E meio dia minha comida é bem mais leve, mais verdura, feijão, arroz, carne muito pouco (...) eu tô me cuidando". E Rosa 2, que apesar de perceber que precisa incluir mais alimentos na dieta, refere em outro momento, o consumo de uma diversidade de carnes: "carne, eu gosto tanto de peixe, quanto carne de gado, porco" (Quadro 4).

A mesma questão também evidenciou que nem sempre uma maior renda, repercute sobre uma alimentação mais equilibrada e diversificada, todavia, ter uma maior escolaridade pode contribuir para uma maior capacidade de reflexão e compreensão do que está adequado e do que não está bom na alimentação. Esta questão é remetida à participante Rosa 2 que mencionou: "Olha, eu sei que eu não tô me alimentando adequadamente, tem um monte de alimento (...) que eu deveria colocar na minha alimentação (...) eu não tomo café da manhã, eu como uma fruta, e daí levo alguma bolachinha (do tipo Mignon-acréscimo meu) pra mim comer lá no meu trabalho (...) almoço, e de tarde eu não como".

Apesar de uma melhor condição econômica e de escolaridade não ser garantia de uma alimentação adequada e saudável (AAS), uma condição econômica desfavorável, elencada uma baixa escolarização, pode mais facilmente limitar o acesso a determinados grupos de alimentos ou mesmo dificultar uma maior reflexão sobre a alimentação. Nesta questão, destaca-se os relatos das três participantes de menor renda e escolaridade: Bere, Rosa e Nega.

Bere afirmou: “eu como o trivial” (...) arroz, feijão, carne, massa, mandioca”, ou seja, os alimentos básicos da dieta, entretanto, percebe-se uma limitação de outros grupos alimentares que não foram citados, como frutas, sementes, azeite e laticínios, por exemplo. No relato da participante Nega e Rosa, parece haver também a mesma lógica limitadora sobre a autoavaliação da alimentação: Nega afirmou que a sua alimentação é normal, e o único problema é não se alimentar nas horas certas, ou seja, “pular” algumas refeições. Rosa, por sua vez, afirmou que a alimentação “é bem boa e saudável” porque gosta “bastante de comer bem”, todavia, na mesma fala menciona que às vezes tenta se cuidar mas não consegue, o que também mostra uma contradição.

Quadro 1: Categorização da Questão: Vamos começar falando sobre como é a sua alimentação na atualidade: como você tem se alimentado na sua visão? Por quê?

Categoria inicial	Categoria intermediária	Categoria Final
Bere:- (...) eu tenho me alimentado pouco, e com poucos ingredientes porque eu quase não como salada, essas coisas assim, e eu acho que é o preferencial, (...) eu como o trivial de todo dia: o arroz, o feijão, carne, uma massa, mandioca..	Come pouco, e poucos ingredientes” Come o trivial	Come o trivial
Rosa 2: ...eu não tô me alimentando adequadamente, tem um monte de alimento (...) que eu deveria colocar na minha alimentação (...) eu não tomo café da manhã, eu como uma fruta, e daí levo alguma bolachinha pra mim comer lá no meu trabalho (...)	Tem muitos alimentos que deveria consumir.	Não se alimenta adequadamente
Rosa: acho que é bem boa porque eu gosto bastante de comer bem. Às vezes eu tento me cuidar mas eu não consigo, acho que é bem boa e saudável também. (...) de noite eu gosto mais de me alimentar do que de dia (...)	Tenta cuidar da alimentação, pela noite, a comida apetece mais	
Vagalume aprendiz (...) saudável (...) estão incluídas nela, todas as classes de alimentos: todas! (...) frutas, verduras, sementes, arroz, feijão, (...), grão de bico, (...) a gente só usa arroz integral, feijão (...) um omelete mesmo e algum legume (...) eu faço um bifezinho (...) um fio de azeite de oliva (...) Carne vermelha é uma vez por semana (...) Meu problema é que eu como demais (risos), (...) eu tô além do peso por conta de gostar muito de comer.	Considera que consome todas as classes de alimentos, mas está acima do peso por estar comendo em excesso	A alimentação é boa e saudável, mas come em excesso
Rose: agora que eu não tô trabalhando, que eu tô em casa, eu acho que ela tá mais natural, mais equilibrada, eu (...) por eu estar fazendo a alimentação, eu estar cozinhando, “hoje vou fazer isso, amanhã eu vou fazer aquilo”, isso tá ajudando bastante e eu tô controlando pra não deixar o meu povo comer muito macarrão, pinhão, coisas assim.	Está produzindo as refeições em casa, consegue fazer um melhor planejamento.	Está mais natural, mais equilibrada

<p>Joce: (...) tá bem diferenciada, do que de anos atrás (...) de manhã (...) uma fruta, um pão, leite. (...) Pão eu só como o integral, preto. E meio dia minha comida é bem mais leve, mais verdura, feijão, arroz, carne muito pouco (...) Eu considero minha alimentação boa (...) um final de semana a agente "abusa mais", aí na segunda feira eu já sofro mais...</p>	<p>Mudou bastante com os anos. Considera a alimentação boa.</p>	<p>Diferenciada dos anos atrás, cuida mais e considera boa</p>
<p>Nega: eu me alimento normal (...) Eu não me alimento nas horas certas. Eu tomo meu café ali pelas 9:30- 10 horas, daí eu almoço meio dia, à tarde às vezes como, às vezes não. E janto mesmo até as 9 horas, eu acho muito tarde até...</p>	<p>A alimentação é normal, mas não se alimenta nas horas certas,</p>	<p>A alimentação é normal</p>

A investigação a respeito da alimentação ao longo da vida (Quadro 2) resultou em sete diferentes categorias: "Melhorou depois que casou" (Bere) "Foi boa, nunca faltou comida" (Rosa), "Não teve mudanças" (Nega), "Mudou a alimentação depois que a mãe adoeceu" (Rose) "Se modificou com a saída dos filhos de casa e com o envelhecimento" (Joce), "A alimentação de modo geral se mantém natural"(Rosa 2), "Diferenças drásticas entre o período atual e período que trabalhava três turnos" (Vagalume Aprendiz).

De todas as categorias resultantes desta análise, chamou a atenção as duas primeiras, as quais correspondem às respostas das participantes Bere e Rose. Bere afirma que a alimentação "sempre foi boa, a gente sempre teve o que comer" e que melhorou depois que se casou, ou seja, depois que saiu da casa dos pais. Rosa afirmou que nunca faltou comida. Ficou evidente nestes dois relatos que há na história alimentar delas, está relacionada fortemente com a questão de ter comida, e não terem passado fome, e isso por si, representa uma questão social/econômica e de acesso à comida.

Ambas as participantes nasceram e se criaram no interior, onde nem sempre há determinados alimentos disponíveis, seja por questões de época de produção, seja pela necessidade de acessar a cidade e comprar. No caso de Bere, o casamento e a vinda para a cidade passou a ser sinônimo de acesso a mais alimentos, entretanto aqui também ocorre uma questão ambígua, pois, nas respostas da indagação sobre a alimentação atual (Quadro 1) ficou evidente que na atualidade também faltam alimentos por faltar "ingredientes", verduras e legumes (possivelmente). Bere afirma: "eu tenho me alimentado pouco e com poucos ingredientes" (...) quase não como salada, essas coisas".

Uma outra situação, mostrou que a alimentação melhorou a partir de uma experiência negativa relacionada à doença. Este caso é da participante Rose que relatou que há cerca de quinze anos atrás comia “muita bobagem, pizza, macarrão, pão, muito pão, sorvete, Xis, só porcaria” e no momento que a mãe adoeceu ela precisou então aprender a cuidar da mãe, e para aprender a cuidar dela, precisou mudar a alimentação de todos.

A história alimentar de Joce, apontou para mudanças alimentares a partir do momento em que os filhos saem de casa e permanecem apenas ela e o esposo. Ela também menciona que algumas mudanças ocorrem a partir do aumento da idade, que junto trouxe modificações no corpo, e o medo de adoecimento. Esses aspectos ficam perceptíveis nas seguintes afirmações: “eu tive os filhos, a gente comia mais, (...) tinha as crianças, daí fazia a janta, o café, tinha o almoço, comia mais, e de tarde e de noite sempre tinha janta (...) mas ela (alimentação) reduziu pela própria idade, por ter medo, coisa gorda eu gostava bastante (...) agora eu não como nada de gordura. Eu tirei essas coisas”.

A participante Rosa 2, apesar de ter realizado uma análise negativa ou pessimista da sua alimentação na questão sobre alimentação atual (Quadro 1), afirmou na questão sobre alimentação ao longo da vida (Quadro 2) que ela se mantém mais natural. De modo geral, ela sempre comeu a comida preparada em casa, entretanto, teve épocas que consumia muitos alimentos ultraprocessados (*fast-foods*) aos finais de semana e na atualidade “pede um pouco menos”. Chamou a atenção neste caso que, atualmente ela tem uma pessoa da família (sogra) que cozinha para ela, e em décadas passadas preparava o almoço no turno da noite para comer no outro dia. Aqui também mostra a importância da organização quando não se tem muito tempo.

A falta de tempo e a importância da organização foi também retratada por Vagalume aprendiz, que relatou como longas jornadas de trabalho podem interferir na alimentação. Vagalume Aprendiz apresentou duas distintas situações na alimentação, uma comparando a época em que trabalha três turnos por dia na escola, e outra, quando se aposenta em uma das suas matrículas, e passa a ficar meio turno em casa. A participante mostra que no período em que trabalhava 60 horas semanais, ela precisava ser muito prática e muito organizada para poder realizar as suas refeições, em especial, as refeições principais.

Os curtos períodos de intervalo que tinha entre um turno e outro, fazia com que ela preparasse um prato, à base de salada e uma proteína, e muitas vezes, ficava sem se alimentar, pois preferia tomar um banho e descansar. A partir do momento em que ela passa a ter um turno livre, lhe é possibilitado mais tempo para se organizar e preparar refeições mais elaboradas e completas.

Um comportamento comum relatado por todas as participantes, independente da classe e grau de escolaridade foi o consumo de produtos ultraprocessados e/ou *fast-foods*. O relato do consumo desses alimentos foi mais facilmente mencionado pelas participantes de maior escolaridade, enquanto que entre as de menor escolaridade, essas informações foram sendo ditas de forma indireta e mais discretamente em outros encontros.

Vagalume aprendiz: eventualmente (...) vai numa festinha e come doce, come cachorro quente, um pedaço de torta, cerveja...

Joce: um final de semana a agente “abusa mais”, aí na segunda feira eu já sofro mais, me estufa. (...) a gente toma refrigerante, (...) maionese, uma carne a mais.

Rose: Muita bobagem, pizza, macarrão, pão, muito pão, sorvete, Xis, só porcaria,

Rosa 2: fim de semana a gente pedia muito lanche, ou era xis, ou era um dog, pizza.

Bere: comi dois pastéis e dois hamburguerzinhos que eu fritei pra ela, e foi o meu almoço.

Quadro 2. Categorização da Questão: “Conte-me mais um pouco, como foi a sua alimentação ao longo da sua vida adulta”.

Principais elementos da fala	Categoria intermediária	Categoria Final
Bere: Sempre foi boa, a gente sempre teve o que comer e depois que eu casei mudou bastante porque quase todos os finais de semana a gente come carne assada (...) quando a gente tava em casa a gente não tinha (...) o tempo que a gente tava em casa entre sete irmãos não tinha condições de comprar o que gostava de comer, agora eu consigo.	Todo final de semana come carne assada, tudo o que quer comer, pode comprar. Quando morava com os pais não podia	Melhorou depois que casou

<p>Rosa: Foi boa também, claro, alguma necessidade sempre passa, mas assim, sempre tinha aquilo que alimentava, pra comer sempre tinha. Nunca faltou nada e era na colônia (...) tinha bastante derivado de leite "e coisa", carne a vontade, verdura. Eu acho que foi boa, não posso me queixar.</p>	<p>No interior, às vezes faltava algum alimento, mas de modo geral, o que produziam comia-se à vontade</p>	<p>Foi boa, nunca faltou comida</p>
<p>Nega: "eu acho que sempre foi a mesma, porque a minha vida sempre foi corrida (...) eu comia do mesmo jeito, eu continuo a mesma coisa (...) eu saia de manhã, eu tinha esse horário de café, depois eu só chegava no almoço, a tarde às vezes a gente nem fazia lanche, era a janta. Era assim: sempre a mesma coisa. O mesmo ritmo de sempre.</p>	<p>Come do mesmo jeito que comia. Sempre teve um ritmo acelerado de trabalho</p>	<p>Não teve mudanças</p>
<p>Rose: Muita bobagem, pizza, macarrão, pão, muito pão, sorvete, Xis, só porcaria, agora há 15 anos pra cá que eu comecei a mudar a minha alimentação porque a minha mãe ficou doente, ela tinha Alzheimer, ela era diabética, ela era hipertensa e então ali eu tive que aprender a cuidar dela e pra aprender a cuidar dela eu comecei a mudar a alimentação de todos.</p>	<p>Passou a comer menos fast foods e alimentos refinados com o adoecimento da mãe, que tinha que ter uma alimentação restrita</p>	<p>Mudou a alimentação o depois que a mãe adoeceu</p>
<p>Joce: (...) Depois de casada, eu tive os filhos, a gente comia mais, (...) tinha as crianças, daí fazia a janta, o café, tinha o almoço, comia mais, e de tarde e de noite sempre tinha janta, (...) Aquilo que era uma comilança [...] eu saio as vezes pra jantar (...) eu me cuido (...) eu acho assim, a diferença de uns 15 anos atrás, uns 50% mudou. Nunca fui de beber (...) Eu não sou enjoada pra comer, mas ela reduziu pela própria idade, por ter medo, coisa gorda eu gostava bastante (...) agora eu não como nada de gordura. Eu tirei essas coisas...</p>	<p>Está comendo menos desde que os filhos saíram de casa. A alimentação também foi diminuindo com a própria idade e pelo medo de adoecer</p>	<p>Se modificou com a saída dos filhos de casa e com o envelhecimento</p>
<p>Rosa 2 eu sempre comi comida feita em casa, arroz, feijão, mandioca, carne, pouca salada, e antes eu gostava, fim de semana a gente pedia muito lanche, ou era xis, ou era um dog, pizza, agora (...) pede um pouco menos. E eu fazia de noite a janta, e de meio dia a gente esquentava, eu saia trabalhar, e agora a minha sogra que cozinha, a gente mora nos fundos (...) e de noite eu faço a janta.</p>	<p>Mantém o hábito de comer comida feita em casa, entretanto, na atualidade come bem menos lanches prontos</p>	<p>A alimentação o de modo geral se mantém natural</p>
<p>Vagalume Aprendiz- uma época que eu trabalhava no estado 60 horas (...) eu tinha que ser muito prática (...) eu fazia geralmente um picadinho de frango ou carne, (...) dava uma flambada na frigideira e comia com salada (...) eu queria descansar um pouco, (...) eu sempre procurei me organizar (...) no final de semana organizava o almoço pra semana, (...) eventualmente (...) vai numa festinha e come doce, come cachorro quente, um pedaço de torta, cerveja...</p>	<p>Sempre precisou ser muito organizada, em especial quando trabalhava três turnos. Sempre procurou manter uma alimentação saudável.</p>	<p>Diferenças drásticas entre o período atual e quando trabalhava três turnos</p>

O livro recente, baseado no Estudo sobre a cadeia de alimentos, realizado por Walter Belik (2020), mostrou que o Brasil “é um dos países com maior desigualdade e concentração de renda do mundo: há enorme distância entre os que ganham mais e os que ganham menos” (p.4). De acordo com o pesquisador, as “famílias de maior renda gastam muito mais com alimentação do que as mais pobres (p.5). Essas discrepâncias foram constatadas nesta pesquisa, por meio dos relatos das participantes Bere, Rosa, Joce e Vagalume Aprendiz.

No relato de Bere, ficou evidente que a alimentação possui pouca diversidade alimentar quando ela afirma: “eu tenho me alimentado pouco, e com poucos ingredientes (...) eu como o trivial de todo dia”. Rosa, ao falar da alimentação ao longo da vida, menciona que nunca faltou comida, posteriormente muda o tempo verbal e afirma “claro, alguma necessidade sempre passa” e depois segue: “mas assim, sempre tinha aquilo que alimentava, pra comer sempre tinha”.

A identificação de maior diversidade alimentar foi observado nas falas de Joce e Vagalume Aprendiz. Joce afirmou que alimentação contém sempre: “uma fruta, um pão, leite. (...) Pão eu só como o integral, preto. E meio dia minha comida é bem mais leve, mais verdura, feijão, arroz, carne muito pouco (...) eu tô me cuidando (...). Neste caso, a limitação do consumo de carne foi referida como uma questão de saúde, de autocuidado, e a mesma situação foi identificada no relato de Vagalume Aprendiz: “eu considero a minha alimentação (...) saudável (...) estão incluídas nela, todas as classes de alimentos: todas! (...) frutas, verduras, sementes, arroz, feijão, (...), grão de bico, (...) a gente só usa arroz integral, feijão, uma proteína se tiver, se não a gente faz um omelete mesmo e algum legume (abobrinha, vagem), (...) eu faço um bifinho (...) um fio de azeite de oliva (...) carne vermelha é uma vez por semana.

Nesta pesquisa ficou evidente que mulheres com maior renda e mais elevada escolaridade relataram uma maior diversidade alimentar ou ainda uma maior reflexão sobre pontos negativos ou carenciais na dieta, entretanto, a maior escolarização e renda não foram sinônimo de alimentação saudável apenas. Por meio das entrevistas, ficou evidente que todas as mulheres, independente da classe ou grau escolar consumiam de forma mais ou menos frequentes produtos ultraprocessados e/ou *fast-foods*. Nesse sentido, a pesquisa de Belik (p.16) mostrou que cada vez mais os brasileiros, nos últimos anos,

têm comprado mais refeições prontas ou produtos processados e ultraprocessados. Em 16 anos, enquanto o consumo de alimentos *in natura* teve queda de 7%, os alimentos ultraprocessados subiram 46%". Fatores como falta de tempo, preço atrativo e exposição à propaganda influenciam nessa mudança de hábito alimentar. Os ultraprocessados têm substituído muitas refeições no dia a dia e podem ter efeitos perversos na saúde, aumentando os índices de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade e diabetes.

De acordo com o mesmo autor (BELIK, 2020), a grande maioria desses produtos são consumidos ao longo do dia, substituindo os alimentos *in natura* ou minimamente processados. Este achado corrobora com os relatos da nossa pesquisa por meio da história da alimentação, mas também em outros momentos das falas (não gravados) e do próprio trabalho educativo. Uma das participantes que referiu o consumo de ultraprocessados na história alimentar foi Rosa 2, que afirmou: "daí levo alguma bolachinha pra mim comer lá no meu trabalho". Apesar de este ser o único relato do consumo de produtos prontos para o consumo nos lanches, outras mulheres também consumiam esses alimentos nos intervalos das refeições principais, entre elas: Bere, Rose, Rosa e Joce.

Belik (2020) alerta que os produtos ultraprocessados além de contribuir para aumentar o risco de deficiências nutricionais, favorecem o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes e vários tipos de câncer, e, para além desses problemas, efeitos de longo prazo sobre a saúde são cumulativos e desconhecidos. De acordo com pesquisador (*op. cit*) é "a variedade na composição de alimentos no prato que possibilita o consumo de nutrientes de forma abrangente e diversificada." (p.9), logo, a diversidade alimentar nem sempre é possível nas classes baixas porque se torna oneroso. De acordo com o mesmo autor, "a escolha dos alimentos está relacionada com características ligadas ao paladar da população e com aspectos sociais, culturais e econômicos de consumo.

A investigação da história alimentar possibilitou mostrar algumas distinções em relação aos diferentes graus de escolaridade. Assim como a renda pode ser um fator limitador ou facilitador de acesso aos alimentos, a escolaridade também parece influenciar sobre percepções e reflexões acerca da alimentação. Mulheres de mais baixa

escolaridade, apresentaram menor quantidade de elementos e informações da alimentação, e de modo geral, avaliaram a alimentação como boa ou saudável, sem mencionar quais eram os elementos que tornavam a alimentação saudável. Além disso, elas tiveram maiores dificuldades de identificar possíveis alimentos prejudiciais à saúde. Mulheres de mais elevada escolaridade trouxeram maiores informações e reflexões sobre o que estavam comendo, como por exemplo, o que estava incluído nas refeições, ou mesmo a consciência de que nem todos os grupos alimentares estavam inseridos.

Além da escolarização como um fator limitador ou facilitador de reflexões, outros dois elementos podem ajudar a explicar a visão mais restrita sobre a alimentação: um deles pode estar relacionada ao próprio *habitus* (BOURDIEU, 1986) onde determinados grupos alimentares de modo geral, não são consumidos ou estão presentes na dieta de modo muito pouco frequente ou esporádico, e portanto, não são citados e nem mesmo identificados como alimentos faltantes. Outro aspecto se dá em torno da própria renda, que dificulta ou não permite o acesso a alguns alimentos ou a grupos alimentares porque são mais onerosos, como no caso das sementes e grãos integrais, brotos, azeite de oliva ou outros óleos/gorduras vegetais prensados à frio, peixes ricos em ômega 3 ou até mesmo derivados de leite, por exemplo.

Por fim, um outro ponto a ser discutido se dá em relação às mudanças alimentares ao longo dos anos. Algumas das participantes afirmaram que a alimentação atual estava diferente dos anos passados. Ficou perceptível que as mudanças foram realizadas a partir de alguns eventos que ocorreram no percurso da vida. Aqui neste ponto posso citar três casos: a participante Rose, que afirmou que melhorou a alimentação dela e da família a partir do adoecimento da mãe, a qual necessitou dos seus cuidados, a participante Joce, que mudou a alimentação a partir do momento que modificou-se a estrutura da família e a participante Vagalume Aprendiz, que passou a se alimentar melhor, quando reduziu a carga horária de trabalho a partir da conquista parcial da aposentadoria. Todos esses eventos citados, remetem a uma teoria gerontológica chamada "Teoria da Desigualdade Cumulativa" (O'RAND, 2016;). ou seja: determinados acontecimentos ao longo da vida, que são cumulativos, podem desencadear eventos positivos ou negativos no curso da vida.

RENDA E AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS ALIMENTOS

O levantamento de informações a respeito da privação ou não sobre a aquisição de alimentos ou grupos alimentares, bem como o questionamento sobre falta (ou não) de alimentos em casa, estão apresentados nos Quadro 3 e 4, respectivamente. A análise apontou que todas as mulheres tinham acesso à comida, todavia, algumas privações na aquisição de alguns alimentos ou grupos de alimentos foram relatadas, tanto entre mulheres de baixa (Rosa e Rose) como de elevada renda (Vagalume Aprendiz), todavia, também houve relatos de haver privação entre duas mulheres de baixa renda (Bere e Nega) e duas de elevada renda (Joce e Rosa 2).

Entre as participantes que afirmaram não se privar, há diferentes pontos de vista para a não privação. Bere e Nega, por exemplo, não deixam de comprar o que gostam de comer (Bere) ou o que precisam (Nega). Para Bere, em especial, comprar o que tem vontade de comer aparenta ser uma prioridade por dois motivos. Um deles diz respeito a privações alimentares que teve quando morava em casa com os pais e o outro, em relação ao prazer e ao significado que tem a comida quando afirma: "a gente aproveita o que come, né?". A comida para Bere, é algo prazeroso e acessível que pode ser capaz de suprir ou substituir outras formas de prazer, a qual ela não tem acesso.

A privação de alguns alimentos para Rosa, Rose e Vagalume Aprendiz ocorre basicamente pelo mesmo motivo: os valores elevados dos alimentos. No relato das participantes, algumas mercadorias, por vezes são excluídas (Rosa) ou substituídas por alimentos de outros grupos (Vagalume Aprendiz) ou por marcas mais baratas/inferiores (Rose). No caso de Rose, a privação ocorre por duas razões, uma delas pelo elevado preço dos alimentos básicos, e outra pelos filhos, quando deixa de adquirir alguma coisa para si, para poder sanar os pedidos/desejos deles: "algumas vezes eu como mãe, e eu acredito que continuo me privando".

Quadro 3. Você se priva de comprar algum alimento que gosta ou necessita:

Categoria inicial	Categoria intermediária	Final
Bere: Não, e nunca me privei, o que eu gosto de comer eu vou lá no mercado e compro, (...) porque do dinheiro a gente aproveita o que come né? (...) depois que eu me casei sempre tive, se dava de lombriga de ir lá comprar alguma coisa a gente vai lá, compra e come.	Compra o que tem vontade de comer, não deixa de levar, mesmo que é mais caro	Não se priva
Nega: Não, eu não deixo de comprar um alimento, eu não me privo, só que assim, ó, se eu não tô comprando alguma coisa que tá me faltando, eu não sei o que é. (...) Mas eu não me privo, se eu tiver que comprar alguma coisa eu compro.	não se priva, se tiver que comprar alguma coisa compra	
Joce: Não, é como eu te falei, as vezes eu não sei buscar, mas posso comprar, se você me der certinho, eu vou buscar nos mercadões grandes que tem, eu vou (...) Mas vou tentar mudar.		
Rosa 2 Não, eu não me privo de nada	Não, (...) às vezes eu não sei buscar, mas posso comprar	Se priva de comprar se é muito caro
Rosa: Ahh, não, sei, acho que não. Ahh, sim, essas coisas, que é mais caro a gente quase não compra: atum, requeijão, daí a gente deixa. Às vezes fazer alguma receita que precisa (...) tem que comprar, não tem jeito.	alimentos mais caros e não essenciais quase não compra	
Rose: (...) algumas vezes eu como mãe, e eu acredito que continuo me privando (...) alimentação (...) subiu muito (...) continuo me privando (...). Aí tu pega uma coisa melhor, aí já pega outra numa qualidade mais inferior.	já se provou e continua se privando,	
Vagalume Aprendiz: Ultimamente a questão da semente: (...) nem sempre a gente compra, as vezes as gente se priva por conta que tá caro, (...) a gente prioriza outras coisas: frutas (...) daí a gente se priva um pouco (...) eventualmente a gente, suprime alguma ou outra coisa	suprime alguma coisa ou outra porque está tudo muito caro	

O resultado da indagação sobre falta de alimentos ou de algum grupo alimentar apontou que duas mulheres (Rose e Vagalume Aprendiz) referiram que não faltava nenhum alimento ou grupo alimentar, três participantes (Rosa, Rosa 2 e Bere) afirmaram que às vezes faltava algum alimento e as demais (Joce e Nega) relataram que era possível que faltasse, mas não sabiam identificar qual (ais). Entre os alimentos que às vezes faltam em casa, foram citados, a salada (verduras cruas e/ou cozidas), mencionado por Bere e Rosa 2, e também “alguma fruta”, referido por Rosa.

Quadro 4. Alimentação na atualidade- Falta algum alimento ou grupo alimentar?

Principais elementos da fala	Categoria intermediária	Categoria Final
Rose: Não. Acredito que não.	Acredita que não	Não falta nada-nenhum
Vagalume Aprendiz: Não, não considero que falta, não nenhum considero!	Considera que não falta nada	
Rosa: Não, eu não considero que falta, às vezes alguma fruta pode faltar, mas quase sempre tem.	Pode acontecer de faltar alguma fruta	Sim, as vezes falta
Bere: Não, é a salada que a gente sempre deixa de lado, salada a gente deixa de lado, (...) Aí é a salada, sempre a salada que a gente deixa de lado (...) alface não dá pra ter guardado a semana toda em casa.	Aí é a salada, sempre a salada que a gente deixa de lado	
Rosa 2 Eu acho que poderia ter mais verdura. Assim, eu como, carne, eu gosto tanto de peixe, quanto carne de gado, porco, feijão, e daí salada eu sei que eu teria que comer mais, e legume bastante.	Come pouco legumes e verduras	
Joce: Eu na verdade talvez sinta, porque eu como o mamão, (...) eu tenho esse problema de intestino, eu como empurrado, eu já não gosto mais (...) mas eu como porque é necessário (...) não tô quase mais tolerando ...	Sente falta (precisa) de alimentos para substituir o mamão, que consome diariamente	
Nega: "Não (...) Eu acho que falta alguma coisa sim, mas eu não sei o quê, entende? (...) tu come um arroz, um feijão, uma massa, uma salada [...], ah, eu salada como bastante. Eu adoro salada, mas eu acho que ainda falta alguma coisa. Só que eu não o quê!	Acredita que falta, mas não sabe dizer o que	

A análise da questão sobre privação de compra de alimentos, bem como da falta de alimentos em casa, apontou que há uma privação na compra de alimentos mais caros, tanto entre mulheres de baixa renda, quanto entre mulheres de renda mais elevada. No que se refere à falta de alimentos ou de grupos alimentares, evidenciou-se que não há falta de comida para nenhuma das participantes, mas “algumas vezes” a falta de alguns alimentos como frutas (Rosa), verduras e legumes (Rosa 2, Bere) e ainda, uma questão de desconhecimento sobre a falta ou não de algum alimento ou grupo alimentar (Joce e Nega).

O cruzamento das informações a respeito de privações e falta de alimentos, mostra algumas ambiguidades. No caso da participante Bere, por exemplo, houve o relato de que ela não se priva de comprar o que gosta, entretanto, na questão seguinte afirma que falta salada na alimentação, o que, por sua vez indica a falta de um grupo específico de alimentos, as verduras e/ou legumes, possivelmente. Nesse ponto, não é possível saber qual é o motivo real dessa falta e aqui levanto algumas

indagações: não tem salada porque são alimentos caros e perecíveis? não tem porque possui um valor restrito de renda que é disponibilizado pelo esposo? ou porque prioriza comprar outros alimentos que gosta e portanto, deixa de lado as verduras? e por fim, a última hipótese, a falta de hábito de comer salada seria o principal motivo?

O estudo de Carvalho et al (2020) que buscou estimar "as prevalências de autoavaliação da qualidade da dieta" além de outros dados entre adolescentes, revelam incoerências na autoavaliação da qualidade da dieta, inclusive entre aqueles que classificaram a alimentação como muito boa ou boa. Nesse sentido, pode-se pensar que admitir pontos negativos ou ter que admitir que a alimentação não vai bem para uma nutricionista também pode ser difícil.

Um fato que precisa ser considerado em relação a mesma participante (Bere) foi de que para ela, a aquisição dos alimentos que gosta pareceu ser uma prioridade, já que teve privações alimentares quando morava com os pais, e portanto não admite mais passar vontade de comer o que gosta. Para além disso, o acesso a alimentos que ela gosta tem uma forte relação com aproveitar a vida, já que não tem, aparentemente, acesso a outras formas: "a gente aproveita o que come". Nesse sentido, pode-se afirmar que para quem passou por necessidades em alguma fase da vida, em especial infância e adolescência, o acesso aos alimentos que foi carenciado não é mais admissível, conforme menciona a própria participante: "nunca me privei: "ai não vou levar isso porque é muito caro", graças a Deus, depois que eu me casei sempre tive".

A participante Nega, apesar de possuir baixa renda, frisou que não se priva, e compra o que é preciso, pontuando que, se falta alguma coisa, é pelo fato de ela não saber, ou seja, por falta de conhecimento: "eu não me privo, só que assim, ó, se eu não tô comprando alguma coisa que tá me faltando, eu não sei o que é". A mesma situação pode ser aplicada à participante Joce, que além de possuir elevada renda, é dona de uma rede de mercados, logo, a questão de não ter algum alimento é uma questão de falta de conhecimento.

Entre as mulheres que afirmaram se privar da compra de alguns alimentos ela foi justificada pelo encarecimento do preço. As privações feitas na tentativa de economizar, foram referidas por mulheres de diferentes classes, mas mostraram algumas particularidades. Para

Vagalume Aprendiz, por exemplo, a privação referida foi sobre a aquisição de sementes oleaginosas e grão de bico, que de modo geral, não fazem parte do consumo alimentar de pessoas de mais baixa renda. No caso de Rose, a privação se dá em um sentido de deixar de comprar alguns itens no mercado, que ela considera caros, como por exemplo atum ou requeijão. Rose, por sua vez, que possui uma renda intermediária, não deixa de comprar, mas adquire produtos de marcas inferiores, que têm menor qualidade, mas que são mais baratos.

No que se refere à falta de alimentos em casa (Quadro 4), houve o relato da falta de verduras, legumes e frutas por algumas mulheres, o que pode retratar uma questão de monotonia alimentar. Apesar de haver relatos sobre privações e a falta de alguns alimentos entre mulheres de distintas classes sociais, sabe-se que a monotonia está inserida muito mais fortemente entre as populações de baixa renda. A monotonia de acordo com Hehnke et al (2021, p.242) se refere a "ausência de variação/diversidade alimentar", que é caracterizado

por um prato que contempla apenas "alimentos convencionais da cultura em que estão inseridas, sem indícios de mudanças ou variação nas escolhas".

Esta pesquisa revelou que as participantes de renda mais elevada, possuem acesso a uma maior diversidade de alimentos, que pode ser constatado nas falas das três participantes de melhor poder aquisitivo, Vagalume Aprendiz, Joce e Rosa 2, enquanto que entre mulheres de baixa renda, há uma menor diversidade alimentar, como no caso de Bere, por exemplo, quando menciona que come "o trivial de todo dia". Hehnke e colaboradores (p. 242) apontaram em seu estudo, diversos discursos acerca da monotonia alimentar, e entre eles, chamou a atenção o seguinte: "Meu prato seria de arroz, verdura e frango" (I9); "Bem básico mesmo, né, uma salada, um arroz, uma carne (...) nada que fuja muito do tradicional" (...) eu acho que o brasileiro ele é bem básico, aquilo que a gente é acostumado a se alimentar em casa". Essa resposta possui uma forte aproximação com a fala da participante Bere quando afirma: "ontem no meu almoço comi dois pastéis e dois hamburguerzinhos que eu fritei pra ela, e foi o meu almoço".

Conte, Conte e Doll (2020) apontaram em seu estudo que mulheres de baixa renda, em especial as que moram em periferias possuem uma alimentação muito instável e monótona ao longo do mês. De modo

geral, há um predomínio de consumo de “farinhas, açúcares e gorduras” ou seja uma dieta desequilibrada nutricionalmente e deficitária de alguns minerais e vitaminas, e excessiva de sódio.

De acordo com os mesmos pesquisadores (CONTE, CONTE, DOLL, 2020, p. 359) “na baixa camada social a renda é o principal determinante na aquisição de alimentos. Mulheres em vulnerabilidade social possuem uma alimentação fragilizada em nutrientes, monotonia alimentar e uma oscilação de consumo de determinados alimentos ao longo das semanas”. Isso pode explicar o fato de faltar “salada”, ou “alguma fruta”, conforme os relatos das participantes do nosso estudo. Na mesma pesquisa, os autores (*op. cit*) evidenciaram que “a condição social é determinante não só sobre o modelo de alimentação, que é insuficiente ou precário (insegurança alimentar), mas também do estado nutricional e estado de saúde” (p. 358).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autoavaliação sobre a alimentação atual mostrou que há particularidades, mas também alguns elementos em comum. De um ponto de vista geral, pode-se afirmar que todas as mulheres possuem uma alimentação à base de alimentos produzidos em casa, mas que também consomem ou possuem na alimentação, produtos ultraprocessados e *fast-foods*, em especial aos finais de semana, embora de modo menos frequente quando comparado a décadas passadas, e neste ponto, pode-se inferir que a acentuação do envelhecimento, a modificação da constituição familiar, modificações do corpo e/ou saúde geraram alguns receios que repercutiram sobre mudanças no comportamento alimentar.

Com a investigação da história alimentar percebeu-se que uma maior escolarização pode contribuir para uma maior reflexão sobre o que se está comendo ou deixando de consumir, enquanto que uma menor escolarização, elencada a baixa renda pode ser mais limitadora na autoavaliação da alimentação. Mulheres de menor renda e escolaridade tiveram maiores dificuldades de encontrar ‘falhas’ na sua alimentação, ou seja, avaliaram a alimentação como “normal” (Nega), “bem boa e saudável” (Rosa), sem conseguir identificar a falta de grupos alimentares ou mesmo elementos pontuais que podem ser prejudiciais (Bere) à saúde a longo prazo.

No que se refere à renda, em especial à mais baixa renda, evidenciou-se que há relação entre baixa renda e falta de acesso a alguns alimentos. Os diferentes discursos mostram que a diversidade alimentar é algo mais difícil entre quem possui uma renda mais baixa, enquanto que, quem possui uma condição financeira melhor, tem acesso a uma maior variedade de alimentos.

O levantamento de informações a respeito de privações e de acesso aos alimentos mostrou que todas as mulheres, em especial as de baixa renda, têm acesso diário e contínuo aos alimentos e à comida, entretanto os dados mostraram que existem privações e a falta de alguns alimentos ou mesmo de grupos alimentares não apenas entre as mulheres de baixa renda, mas também entre aquelas com renda mais elevada, entretanto, as privações de compra/aquisição ocorre de modo distinto entre as mulheres das diferentes classes sociais.

Na questão sobre faltar algum alimento e/ou grupo alimentar, cinco mulheres responderam positivamente à pergunta, entretanto, duas delas (Nega e Joce) não sabiam identificar quais alimentos poderiam estar faltando. Essa identificação pode ser uma questão mais complexa para algumas pessoas, pois exige um conhecimento mínimo dos grupos alimentares, bem como o acesso a eles. Logo, a identificação pode ficar limitada ou restrita aos alimentos que são consumidos habitualmente, sem sentirem falta de outros.

REFERÊNCIAS

BOOG, Maria Cristina Faber. **Educação em nutrição**: integrando experiências. São Paulo: Komedi, 2013.

CARVALHO, Samantha Dalbosco Lins et al. Qualidade da dieta segundo a autoavaliação de adolescentes: resultados do ISACamp-Nutri. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4451-4461, 2020.

CONTE, Francieli Aline; CONTE, Isaura Isabel; DOLL, Johannes. Mulheres de baixa renda e alimentos: entre o hábito alimentar e ter para comer. **Revista Cocar**, v.14, n.28 Jan./Abr./ 2020 p.359-377.

ESCOTT-STUMP, L. Kathleen, MAHAN, Sylvia. **Krause - Alimentos, Nutrição E Dietoterapia**. Elsevier; 12ª edição, 2013.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

LEÃO, Gabrielle da Cruz; FERREIRA, José Carlos de Sales. Nutrição e mudanças alimentares em meio a pandemia COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e11610716602, 2021

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde/ Maria Cecília de Souza Minayo-11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/plugin-file.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf

IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA: RODA DE CONVERSA ACERCA DAS DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

TEREZA NATÁLIA BEZERRA DE LIMA

Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, terezanatalia12@gmail.com;

KELLY CRISTINA DO NASCIMENTO

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, kcn.auditoria@gmail.com;

MARIA DO SOCORRO ALÉCIO BARBOSA

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, socorroalecio@gmail.com;

FÁBIA MARIA LIMA

Doutora pelo de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, fabia.lima@upe.br;

FÁTIMA MARIA DA SILVA ABRÃO

Doutora pelo de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com UEPB, fatima.abrao@upe.br.

RESUMO

Introdução: As drogas são consideradas uma questão social, a qual vem ocupando um espaço significativo nas discussões da área da saúde coletiva e política, se relacionando com determinantes sociais da saúde como as condições de vida e de pobreza, raciais, de gênero e de trabalho. A população idosa em situação de rua encontra-se vulnerável as drogas. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo socializar a experiência de uma ação de educação em saúde para os idosos em situação de rua. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência através de uma roda de conversa foi realizado a partir do termo educação em saúde que aconteceram junto à população idosa em situação de rua. O público-alvo foram 22 pessoas, sendo 12 homens e 10 mulheres idosas, reunidos pelo Movimento População em Situação de Rua em pontos estratégicos na cidade de Maceió, através de uma visita por duas doutorandas e uma mestranda do Programa de Pós-graduação Associado em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE) e a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Essa ação foi organizada em três momentos, e após a intervenção foi feita uma análise qualitativa dos dados obtidos nos encontros, onde abordaram na roda de conversas o uso de álcool, tabaco, maconha, crack e cocaína que os acometem. **Considerações Finais:** O relato de experiência mostrou que esse encontro promoveu uma melhor compreensão dos idosos que estão em situação de rua e fazem uso de drogas, o que pode contribuir para melhoria da qualidade de vida desta população vulnerável. Este resumo deverá ser utilizado no formulário de submissão do trabalho no ato da submissão.

Palavras-chave: População em Situação de Rua, Idosos, Educação em Saúde, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As drogas são consideradas uma questão social, que vem ocupando um espaço significativo nas discussões na área da saúde coletiva e política, relacionadas a determinantes sociais da saúde como as condições de vida e de pobreza, raciais, de gênero e de trabalho, e entre outras (MENDES; RONZANI; PAIVA, 2019). Drogas são substâncias que produzem inúmeras mudanças nas sensações, grau de consciência e ao estado emocional, podendo acarretar um adoecimento psíquico. Portanto, essas alterações são determinadas pelo tipo da substância utilizada, as características da pessoa que as usa, da quantidade, frequência, expectativas e circunstâncias em que é consumida (CARVALHO PINHEIRO; ARAÚJO MONTEIRO, 2013; BRASIL, 2011).

Por isso, a Redução de Danos emerge como uma Política Pública de Saúde, que apresenta como proposta a redução dos prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, ressaltando o respeito ao indivíduo e o seu direito de consumir drogas, a aplicação de métodos projetados para reduzir o risco do dano associado a certos comportamentos, sem diminuição na frequência daqueles comportamentos (NIEL; SILVEIRA, 2011).

De acordo com os dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2012, mais de 1,8 milhão de pessoas encontram-se em situação de rua em todo o país, representando 0,6% a 1% da população. Houve um aumento de 10% em 4 anos (NICOLAU, 2016). Com o momento de eclosão da pandemia da COVID-19, registrou-se um aumento considerável deste número (GAMEIRO, 2021). De acordo com o último Relatório Mundial sobre as Drogas, em 2021, foi apresentado um panorama sobre a oferta e a demanda de cocaína, opioides, cannabis, estimulantes do tipo anfetamina e novas substâncias psicoativas e o seu impacto na saúde, destacou que 275 milhões de pessoas utilizaram drogas no mundo no ano passado, e mais de 36 milhões de pessoas sofreram de algum transtorno associado ao uso de drogas (COBUCCI, 2021).

Mendes, Ronzani e Paiva, (2019) destaca que o uso de drogas, sintomas ou os quadros de adoecimento psíquico estão interligados com o consumo excessivo dessas substâncias psicoativas, ultrapassando

as barreiras sociais, pois envolve fatores macroestruturais. Logo, se torna uma característica comum entre as populações ao redor do mundo, e no cenário nacional, são mais comuns o uso de tabaco e o álcool, sendo as mais utilizadas. Influenciadas por inúmeras variáveis, tais como: ambientais, biológicas, psicológicas e sociais, que agem em simultâneo para influenciar a tendência de qualquer pessoa vir a usar drogas e isto se deve à interação entre o agente (a droga), o sujeito (o indivíduo e a sociedade) e o meio (os contextos socioeconômico e cultural) (MIGOTT, 2008; AMORIM; CUNHA DE OLIVEIRA, 2017).

Por isso, o uso de tabaco pode ser utilizado nas seguintes formas: cigarro, cachimbo e rapé, sendo responsável por 90% de todos os cânceres de pulmão. Também traz prejuízos para a saúde daqueles que são fumantes passivos, e para bebês de mães fumantes que podem nascer prematuramente ou com baixo peso (INCA, 2011).

O tabagismo tem sido o causador de muitas doenças, sendo capaz de levar muitas pessoas à morte. Estima-se que, se não houver mudanças relacionadas ao hábito de fumar, continuará havendo milhões de pessoas morrendo por ano devido ao tabaco, pois a mortalidade tem sido maior nos fumantes (GOMES DA SILVA, 2011; NUNES; CASTRO, 2010).

Já em relação a nicotina, que é uma das substâncias encontradas no tabaco, está associado a abstinência em um indivíduo, o qual acarreta consequências irreversíveis como doenças respiratórias, cardiovasculares, câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda), como também sintomas vinculados a ansiedade e irritabilidade, na ausência do seu uso (NICASTRI, 2011; ALARCON, 2012).

O crack tem uma grande proporção de uso nas pessoas que vivem em situação de rua, de acordo com o Relatório do Observatório do Crack da Confederação Nacional de Municípios (2022), o qual aponta que 85,44% dos municípios brasileiros apresentam problema de saúde e sociais vinculados ao consumo de crack. Em outra pesquisa realizada em 2014, destaca-se que a proporção de usuários de crack em situação de rua é de cerca de 40 % dos consumidores brasileiros (BASTOS; BERTONI, 2014).

O índice de mortalidade de usuários do crack não é direto, mesmo diante do crescimento desse número, é importante ressaltar que os

óbitos são mais comumente ligados ao tráfico, homicídios através de disputas entre pontos de venda/uso ou enfrentamentos com a polícia do que propriamente pelo dano causado diretamente pela droga (KESSLER; PECHANSKY, 2008). Destaca-se o papel de uma boa relação familiar, o qual é de grande importância para não desencadear a dependência do crack, pois a família é altamente influenciadora para os problemas de consumo da droga, diretamente através do fator genético, como indiretamente, através da exposição prática do consumo da droga (HORTA et al., 2014; MORAIS; SILVA, 2020).

O crack tem um grande impacto na qualidade de vida do indivíduo, causando algumas alterações de comportamento, efeitos desagradáveis de agitação psicomotora, e ausência de foco necessário para o seu tratamento (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2007). Desse modo, o usuário pode desenvolver a paranoia “noia” que se apresenta em vigência da intoxicação, caracterizada por sintomas paranoides como medo, sensação de perseguição, motivando o usuário a agir de forma impensada; e a depressão pós-uso, que ocorre quando o sistema nervoso consome a maioria dos neurotransmissores. Até que o organismo os produza novamente, o usuário permanece com sintomas depressivos, chegando até a pensar em suicídio (NIEL; SILVEIRA, 2011; ROSSI; TUCCI, 2020).

O usuário de drogas lícitas busca sentir desejo em experimentar outras substâncias, geralmente passando a usar maconha e após esta, outras que provoquem maior sensação de prazer, então tendem a consumir o crack (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

A *Cannabis Sativa* é uma planta utilizada mundialmente para inúmeras finalidades. Ela contém Delta-9-tetrahidrocanabidiol (Δ^9 -THC), que acarreta inúmeros efeitos, como: disforia, alucinações, pensamentos anormais, despersonalização, sonolência, entre outros (PERNONCINI; OLIVEIRA, 2014). Mas também, contém o composto *Canabidiol*, o qual possui potencial terapêutico e é utilizado em casos de ansiedade, epilepsia, anticonvulsivante, tratamento para distúrbio de sono, além de conter propriedades anti-inflamatórias (PERNONCINI; OLIVEIRA, 2014; VIANA et al., 2022).

Ao longo dos anos, a planta *Cannabis sativa*, bastante conhecida popularmente como maconha, teve sua nomenclatura alterada, dependendo do tempo, espaço e finalidade a serem utilizadas. Os diversos

sinônimos que muitos usuários recreativos utilizam contrapõe diretamente ao termo empregado no campo comercial, o qual adotam o termo latino Cannabis ou Cânhamo (BRANDÃO, 2014).

Conforme os dados do ano de 2021 o consumo da maconha aumentou cerca de 6% para mais de 11% na Europa, entre 2002 e 2019, e de cerca de 4% para 16% nos Estados Unidos, entre 1995-2019. Outro ponto de destaque é que com o seu uso contínuo pode acarretar o surgimento da tolerância que consiste na necessidade de doses maiores da droga para manter um efeito estável, e da síndrome de abstinência que é quando os sinais e sintomas que aparecem quando o uso da droga é interrompido (COBUCCI, 2021).

O uso e o abuso de substâncias químicas, como o álcool, interferem diretamente e indiretamente nos valores políticos, econômicos e sociais, sendo um indicador negativo de desenvolvimento de uma população. Além de vincular gradativamente os gastos com tratamento e internação hospitalar, elevam os índices de acidentes de trânsito, de violência urbana, de anos de vida potencialmente perdidos e de mortes prematuras. Em média, a cada ano, cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, correspondendo a aproximadamente 40% da população mundial, ou seja, duas pessoas em cada cinco, acima de quinze anos, consomem álcool, apresentando efeitos que podem ser agudos ou crônicos, produzindo alterações mais duradouras e até irreversíveis (PELICIOLI, 2017).

Em relação ao uso de cocaína, vários danos no indivíduo são percebidos, e um dos males é a toxicidade direta ou indireta ao cérebro, provocando a diminuição do oxigênio cerebral durante seu consumo (DU et al, 2009).

A cocaína inibe a captação da noradrenalina e da serotonina. O aumento da noradrenalina causa os efeitos euforizantes e efeitos adversos do consumo, como fotofobia (dilatação da pupila), aumento da pressão arterial, sudorese, inquietação psicomotora, entre outros. Ação serotoninérgica tem importante fator reforçador da cocaína, produzindo efeitos estimulantes e euforizantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; AHMED et al., 2020).

Quando aspirada, a cocaína chega aos pulmões e ganha rapidamente a corrente sanguínea atingindo o Sistema Nervoso Central (SNC). Tem efeitos tóxicos e crônicos similares aos do crack, com deterioração da via de consumo (NIEL; SILVEIRA, 2011).

Já os inalantes podem provocar várias alterações na vida do ser humano através de sua inalação pelas vias oral ou nasal, trazendo rapidamente, em torno de alguns minutos, vários sinais e sintomas para o organismo (BRASIL, 2018).

Segundo a diretriz da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Médica Brasileira (2012), os inalantes são divididos em três grupos:

Grupo I: a) Solventes voláteis que são encontrados em sprays diversos, tintas, removedores de manchas, líquido para correção de texto, desengraxantes, colas e cimento de borracha; b) Combustíveis que são encontrados nos isqueiros, gasolina e propulsores de carros de corrida; c) Anestésicos: éter, cloreto de etila e halotano.

Grupo II: Óxido nitroso (encontrado no gás hilariante, anestésicos e aerossóis).

Grupo III: Voláteis que são encontrados em poppers, limpadores de cabeçote, purificadores de ar e odorizadores de ambiente.

Durante o uso, os Solventes podem provocar uma sensação de desorientação de espaço e tempo, distorções perceptuais, alterações graves da coordenação motora, agitação e agressividade; de efeito de curto prazo. Depois desse breve momento, o usuário pode ficar sonolento, até mesmo chegar a ter uma parada respiratória devido a depressão do centro respiratório no cérebro. Efeitos crônicos de uso dessas substâncias podem incluir alterações do crescimento e atrofia das extremidades dos membros, sobretudo em crianças e adolescentes. O cérebro sofre muitos danos decorrentes do uso contínuo de solventes, com alterações crônicas e irreversíveis de memória e alterações psiquiátricas (NIEL; SILVEIRA, 2011).

Diante do exposto, se faz necessário conhecer também a organização da Rede de Atenção à Saúde a essa parcela da população que acontecem por meio dos Consultórios na Rua (CnaR), os quais foram instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica e integram o elemento Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, até mesmo na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Os Consultórios na Rua lidam com os vários problemas e necessidades de saúde da PSR, criando ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a precisão do usuário. As equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três modalidades:

Modalidade I – equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;

Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;

Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2012; BRASIL, 2022).

O CAPS-AD é um serviço essencial para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Oferece atendimento à população, realiza o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo ingresso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortificação dos laços familiares e comunitários. Os CAPS-AD também atendem aos usuários em seus instantes de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Portanto, o CnaR trabalha em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, mas não atende os programas vinculados à atenção

básica. O enfermeiro atua nas consultas de enfermagem, cujas demandas são: acompanhamento dos casos de Tuberculose, HIV e hepatites, testes rápidos, pré-natal, coletas de exame citopatológico, procedimentos de enfermagem e avaliação de queixas agudas e oportuniza a articulação com os demais serviços de saúde para conferência de casos e encaminhamentos (BRASIL, 2012).

No CAPS-AD, os profissionais da equipe de enfermagem exercem ações em conjunto, relacionando-se e compreendendo-se naquilo que possa ser de mais correto para o cuidar dos indivíduos com transtornos mentais. Fazem visitas, atendimentos gerais de pessoas que chegam no CAPS-AD para acolhimento como: conversas com as pessoas alcoolizadas e drogadas, orientações quantos as drogas, localização de familiares, encaminhamento para os centros psiquiátricos metropolitanos e entre outros (BRASIL, 2012; SIMÕES et al, 2017).

No Manual sobre o cuidado à saúde, junto a população em situação de rua (2012) considera-se que o consumo de drogas está inserido no cotidiano de grande parte das pessoas que estão em situação de rua. Por se encontrar associada a vulnerabilidade que expõem de pessoas a inúmeros riscos, trata-se então de um problema desafiador para as equipes de cuidado ao desenvolverem abordagem mais adequada junto a essas pessoas, de modo a diminuir danos e promover saúde. Nery (2012) relata que cada humano consumirá algum tipo de droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais.

Outro autor, Campos (2021), descreve que são múltiplos os motivos que levam as pessoas a ir para a rua, assim como, são realidades distintas que a população em situação de rua passa no seu cotidiano. Sendo assim, buscamos refletir sobre os principais fatores que contribuem para que esses sujeitos se encaminhem em direção às ruas, identificando o que alguns autores chamam de processo de rualização (PRATES; PRATES; MACHADO, 2012).

Nesse sentido, o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana (NERY, 2012). A existência de indivíduos em situação de rua torna patente a profunda desigualdade social brasileira, e insere-se na lógica do sistema capitalista de trabalho assalariado, cuja pobreza extrema coaduna-se com seu (BRASIL, 2009).

Lonardoní (2007) pressupõe, portanto, não somente o acesso e a efetiva materialização desses, mas também a invenção e reinvenção

de novos direitos, a favor da emancipação, refletindo a "competência humana de fazer-se sujeito, para fazer história própria".

Portanto, é possível observar que as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, como também as questões psicossociais desenvolvidas pelos inúmeros sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam um risco considerável para as questões interligadas a saúde dessa parcela da população, representando assim um desafio na eficácia de políticas de saúde diante dessa complexidade (BRASIL, 2012; MICHEL, 2022).

Por isso, o cuidado integral à saúde dessa população necessita considerar as suas peculiaridades as condições de situações de vulnerabilidade da rua, havendo maior atenção acerca da realidade para que sejam compreendidas suas peculiares estratégias de sobrevivência e práticas de cuidado da saúde (PEREIRA; SANTOS BARROS; ALMEIDA AUGUSTO, 2011).

Este trabalho contribuiu com educação em saúde através de uma roda de conversas com os idosos em situação de rua acerca das drogas e como pode ser feito a redução de seus danos. Levando através dessas, todas as informações para a população: dependência química, doenças provocadas pelo uso excessivo e a devida redução de danos.

Portanto, este estudo tem como objetivo socializar a experiência de uma ação de educação em saúde para os idosos em situação de rua.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e reflexiva, com abordagem qualitativa, através de relato de experiência, fruto da ação desenvolvida na prática de enfermagem, através da mediação de duas doutorandas e uma mestranda do Programa de Pós-Graduação Associado em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE) e a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), ao grupo de homens e mulheres idosas em situação de rua, composto de 22 participantes, sendo 12 homens e 10 mulheres com faixa etária entre 60 a 80 anos, reunidos na Praça da Catedral, reduto escolhido por essa população, ocorrido no dia 24 de abril de 2022, iniciou-se as 14:00 e o termino as 18:00h, no Centro, na cidade de Maceió, Alagoas.

Assim, a Roda de Conversa foi a maneira escolhida para o desenvolvimento da ação, por proporcionar um ambiente de aprendizagem em conjunto, criando um vínculo de maneira mais efetiva, pois favoreceu a autonomia e a comunicação dos autores envolvidos, como também emporou os mesmos sobre a sua tomada de decisão em relação a temática apresentada no momento (BACICH; MORAN, 2018; LIMA et al., 2017).

Este relato de experiência não precisou passar pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP), conforme a resolução nº 510/2016, pelo fato de nenhum participante ter sido submetido a: questionário, entrevista, gravação, filmagem, fotografias, exposição de sua identidade, realização de algum tipo de exame, ou experiência com algum tipo de produto. Foi utilizada abordagens com linguagem simples e acessível a todos. Utilizando alguns recursos didáticos no momento da roda de conversas, que foram: panfletos, cartolinas, dinâmicas de grupos com alguns brindes.

Durante o encontro, foram abordados os tipos de drogas mais comuns entre os usuários idosos em situação de rua, onde foi exposto ao grupo o seu mecanismo de ação, seus efeitos de curto e longo prazo e como reduzir os danos causados por elas. Foi feito um trabalho de educação em saúde num intercâmbio de vivências, trocas de experiências e saberes entre a academia e as pessoas em situação de rua. Mostrando a importância geral de rodas de conversas e os conhecimentos apresentados nelas.

Essa ação foi organizada em três momentos, e após a intervenção foi feita uma análise qualitativa dos dados obtidos nos encontros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro momento constituiu-se no acolhimento, onde solicitamos para todos se sentarem no chão em forma de círculo, em seguida, cada doutoranda e a mestrandas se apresentaram, solicitando em sequência a auto apresentação de cada pessoa. Foi observado que os participantes idosos que estavam presentes na atividade, faziam uso de álcool e tabaco.

Dos 22 participantes, 04 relataram uso diário de solventes/inalantes, 12 mencionaram a maconha, e os demais uso de álcool e tabaco.

Foi conversado como as drogas agem no organismo, seus malefícios e o que fazer para reduzir os danos causados, que é um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas. Os resultados deverão constar a esquematização dos dados encontrados, na forma de categorias analíticas e sistematização dos achados empíricos.

Já no segundo momento, foi ouvido cada relato dos autores envolvidos durante a roda de conversas, e o levantamento dos dados presentes acerca das suas vivências com as drogas nas ruas, a qual foi possível observar que as drogas a quais as pessoas que vivem na rua estão mais exposta, sendo elas: álcool; cola de sapateiro; cocaína; crack; "loló"; maconha; tabaco, para serem elaborados os temas das rodas de conversas.

Nota-se a insegurança ao tratar do tema quando afirmam que:

"Tanta gente usa droga e nem percebe, tem muita gente viciada em remédio antid epressivo, insônia, para emagrecer, tudo é droga, nós tá aqui usando a nossa!"

"A maioria aqui usa álcool e cigarro, somos idosos, mas como a gente vai aguentar viver assim tem alguma coisa pra segurar?"

"Nós usa mesmo, só tenta tirar os jovens do crack que é o pior, usei, mas não quero pra minha vida nunca mais, eu gosto é de uma cachaça e do meu cigarro, as vezes maconha!"

Ao notarmos essa fala dos idosos, podemos citar que o crack vem aparecendo no Brasil como uma droga de fácil acesso e baixo preço, causando aos usuários, de forma avançada, a dependência e danos físicos além de atingir a todas classes sociais, principalmente indivíduos em situações mais vulneráveis.

Quando foi citado sobre neuropatias periféricas relacionado ao uso crônico de álcool, um dos participantes idosos comentou:

"Às vezes quando uso muito alcool, minhas mãos ficam fracas, e no outro dia de manhã fico toda me tremendo."

No último e terceiro momento, notou-se a aproximação com a população idosa em situação de rua. Estar com eles para entendê-los e ganhar sua confiança a respeito de temas como: saúde, habitação

trabalho e renda, educação, segurança pública e garantia dos seus direitos, com seus respectivos representantes municipais, estaduais, Ministério Público e ONG's que assistem essa população. Nesse momento, explicamos sobre toda rede de atenção voltada ao uso de drogas.

Tendo em vista os aspectos observados neste estudo, se destacam o papel do enfermeiro como educador, analisando o conhecimento da população em situação de rua acerca das drogas, seus malefícios e doenças. Através da prática de rodas de conversas, mostra-se aos mesmos a importância de não ser um dependente químico, informando-os através da educação em saúde de que as drogas são prejudiciais para o seus organismos, para seu bem-estar físico e familiar. Informando também as possíveis reduções de danos para cada droga utilizada. Emergindo uma nova visão a pessoa em situação de rua sobre várias enfermidade e males que cada droga pode provocar na sua vida, e a importância da redução de danos.

Conhecer as estratégias de redução de danos, seus alcances, limitações e o debate que as envolve permitirá ao profissional contribuir, numa perspectiva integral, de forma mais efetiva para melhorar a saúde dessas pessoas. Os temas foram abordados com linguagem simples, clara e de fácil compreensão seguido de um café da manhã coletivo juntamente aos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou a contribuição com educação em saúde para a população idosa em situação de rua sobre os malefícios que as drogas podem causar na vida do ser humano e o que fazer para reduzir os danos causados por cada uma delas. Como ponto importante, o conhecimento mútuo e a interação entre a academia da enfermagem e a população através de rodas de conversas.

A Universidade de Pernambuco (UPE) teve um papel fundamental através das doutorandas e mestranda de educadoras levando esses conhecimentos a essa população de idosos em situação de rua e fazendo com que os mesmos tenham consciência das drogas que estão utilizando e que possam vir a usar sem outros grandes danos, deixando como ponto relevante o sofrimento, perdas e danos na vida

ao serem utilizadas. Com isso, espera-se que esses idosos possam mudar um pouco suas visões a respeito das drogas e despertem sobre seus direitos e deveres, e a sua cidadania em lutar por um tratamento mais digno e humano por meio de políticas públicas e seus governantes junto a associação onde eles fazem parte.

Durante o trajeto, algumas dificuldades foram encontradas inicialmente, como: a insegurança da população ao tratar do tema abertamente e uso incessante de drogas por diversos ouvintes durante a nossa roda de conversa.

REFERÊNCIAS

AHMED, S. H. et al. Non-pharmacological factors that determine drug use and addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 110, p. 3–27, mar. 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763418303646>>. Acesso em: 14 mai. 2022.

ALARCON, S. Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In: ALARCON, S., and JORGE, MAS., comps. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 103-129. ISBN: 978-85-7541-539-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575415399.0006>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

AMORIM, K. J.; OLIVEIRA, M. L. C. Tratamento da Síndrome de Dependência de Substância Psicoativas. **Treatment of Substance Dependence Syndrome Psychoactive**. 2017. Disponível em: <<https://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/Tratamento-da-S%C3%ADndrome-de-Depend%C3%Aancia-de-Subst%C3%A2ncia-Psicoativas.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2022.

BACICH, Lilian; MORAN, José. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. **Penso Editora**, 2018.

BASTOS, Francisco Inácio Bastos; BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?**. In: Pesquisa Nacional

sobre o Uso de Crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. 2014. p. 221 p-221 p.

BRANDÃO, M. D. Ciclos de atenção à maconha no Brasil. **Revista da Biologia**, v. 13, n. 1, p. 1–10, dez. 2014.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua** e seu Comitê Inter setorial de acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 24 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>>. Acesso em: 31 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:< chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas : cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. Brasília : Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. 48 p. Disponível em:< chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www2.lencoispaulista.sp.gov.br/forum/files/pdf/drogas-cartilha-sobre-maconha-cocaina-e-inalantes.pdf>. Acesso em: 30 de abr. 2022.

BRASIL. Rede de Atenção Psicossocial. RAPS. Ministério da Saúde. **Abuso e dependência de Solventes Voláteis (inalantes) Protocolo Clínico**. 2018 Disponível em: <<http://docplayer.com.br/23398635-Abuso-e-dependencia-de-solventes-volateis-inalantes-protocolo-clinico.html>>. Acesso em: 13 mai. 2022.

CAMPOS, I. A caracterização da população em situação de rua e a problemática da exclusão/inclusão social. Disponível em: <<https://monografias.brasilecola.uol.com.br/psicologia/a-caracterizacao-da-populacao-em-situacao-de-rua-e-problematica-da-exclusao-inclusao-social.htm>>. Acesso em: 21 mai. 2022.

CARVALHO PINHEIRO, D. R.; ARAÚJO MONTEIRO, M. O. A territorialidade da pobreza extrema no espaço urbano: o caso dos moradores das ruas de Fortaleza (CE). **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 3, n. 2, p. 328–345, 31 ago. 2013.

COBUCCI; A. M. Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html>. Acesso em: 11 maio. 2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). DESENVOLVIMENTO, C. **Observatório do Crack**. Disponível em: <http://www.crack.cnm.org.br/observatorio_crack/>. Acesso em: 21 maio. 2022.

DU, Congwu et al. Differential effects of anesthetics on cocaine's pharmacokinetic and pharmacodynamic effects in brain. **European Journal of Neuroscience**, v. 30, n. 8, p. 1565-1575, 2009.

GAMEIRO, Nathália. População em situação de rua aumentou durante a pandemia. Fiocruz, Rio de Janeiro, v. 8, 2021.

GOMES DA SILVA, J. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil A situação do tabagismo no Brasil Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer. 2011. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a-situacao-tabagismo-brasil-2011.pdf>>. Acesso em: 12 maio. 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo–PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

KESSLER, F.; PECHANASKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 30, n. 2, p. 96–98, ago. 2008. Disponível em: <[LIMA, T. N. B. et al. Educação problematizadora na cultura da segurança do paciente: relato de experiência. 2017. Disponível em: <\[https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/coprecis/2017/TRABALHO_EV077_MD1_SA18_ID734_14092017225158.pdf\]\(https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/coprecis/2017/TRABALHO_EV077_MD1_SA18_ID734_14092017225158.pdf\)>. Acesso em: 01 maio. 2022.](https://www.scielo.br/j/rprs/a/JWTrxbKFB5hnMx6sbZDfqp/?lang=pt#:~:text=0%20uso%20de%20crack%20nas,org%C3%A2nica%20e%20social%20do%20indiv%C3%ADuo.>> Acesso em: 20 mai. 2022.</p></div><div data-bbox=)

LONARDONI, E. **Contribuições do Serviço Social na Perspectiva de Mudança da Realidade**. 2007. 71 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) Faculdades Integradas "Antônio Eufrásio de Toledo", Presidente Prudente, p.30-41, 2007.

MENDES, K. T.; RONZANI, T. M.; PAIVA, F. S. DE. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/psoc/a/N9kcMm76dkJ8nrBWFhZtvmf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MICHEL. **As contribuições do Serviço Social para a realidade escolar do Brasil**. Disponível em: <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/as-contribuicoes-servico-social-para-realidade-escolar-.htm>>. Acesso em: 21 mai. 2022.

MIGOTT, Ana Maria Bellani. Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 710-711, 2008. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/P8YvXKQRjc49z37SfSF8TCD/?lang=pt>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

MORAIS, D. R. D.; SILVA, M. B. B. E. O que o crack tem a ver com a rua? Uma revisão narrativa com implicações políticas (2011-2017). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2020.

NERY, F.A., et al., orgs. As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais.

EDUFBA, 434p, 2012. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 19 de abr. 2022.

NICOLAU. Observatório da sociedade civil: Número de pessoas em situação de rua só cresce no Brasil [online]. ABONG, março, 2016. Disponível em: <<https://observatoriosc.wordpress.com/2016/03/24/numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-so-cresce-no-brasil/>>. Acesso em 06 de fev. de 2022.

NIEL, M.; XAVIER DA SILVEIRA, D. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. 2011. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; CASTRO, Márcia Regina Pizzo de. **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento**. EDUEL, 2010.

PELICIOLO, M. et al. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v.66, p.150-156, setembro. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852017000300150&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 abr. 2022.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; SANTOS BARROS, Monalisa Nascimento; ALMEIDA AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272011000200002&script=sci_abstract>. Acesso em: 16 abr. 2022.

PERNONCINI, K.V.; OLIVEIRA, R.M.M.W. Usos terapêuticos potenciais do Canabidiol obtido da Cannabis sativa. **Revista UNINGÁ review**, vol20, n.3, p.101-106. 2014.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C.; MACHADO, S. Populações em situação de rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*, v. 11, n. 22, p. 191–216, 4 fev. 2012. Disponível em:< <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387>>. Acesso em: 25 mai. 2022.

RIBEIRO, L.A.; SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 210–218, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852010000300007&lng=pt &nrm=iso>. acessos em 20 jan.2022.

ROSSI, C. C. S.; TUCCI, A. M. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, v. 32, 2020.

SIMÕES, Tatiana do Rego de Bonis Almeida et al. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 963 -975, 2017. Disponível em:< <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/963-975/pt>>. Acesso em: 20 mai. 2022.

VIANA F. G. A., et al. Cannabis medicinal como conduta terapêutica: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 5, p. e10059, 8 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. World Health Organization, 2004.

REFLEXÕES SOBRE A EXPECTATIVA DE VIDA SAUDÁVEL E O ENVELHECIMENTO ATIVO

DÉBORA WILZA DE OLIVEIRA GUEDES

Assistente social, Doutora em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade do Vale do Paraíba (IP&D Univap), Mestre em Gerontologia Social e Família pela Pontifícia Universidade Católica (PUCSP), deborawo@univap.br;

MARIANA DE OLIVEIRA MATSUDA DO NASCIMENTO

Graduanda pelo Curso de Serviço Social da Universidade do Vale do Paraíba - SP, marianadeoliveira1994@hotmail.com.

RESUMO

O presente artigo visa examinar os aspectos norteadores do aumento da expectativa de vida e da expectativa de vida saudável no Brasil, atentando para a diferenciação de ambos, diante da nova realidade enfrentada através do crescente aumento do índice da população de pessoas idosas e suas consequências em diversas áreas da sociedade. Através de criteriosa análise bibliográfica, de dados e documental, o artigo defende que, apesar das peculiaridades e dificuldades enfrentadas na velhice no país, a principal chave para lidar com a crescente população idosa e seus impactos está baseada em ações conjuntas do poder público e de toda a sociedade objetivando mudar a visão de todos frente ao envelhecimento, incentivando e garantindo oportunidades efetivas de inclusão do idoso na participação e construção ativa da comunidade em que está inserido, o estímulo ao envelhecimento ativo e saudável através de ações de prevenção iniciadas desde a juventude, a educação continuada, o levantamento e monitoramento de dados propiciando o desenvolvimento de pesquisas. A Década do Envelhecimento Saudável, declarada pela Organização Mundial de Saúde, em conjunto com outros movimentos de níveis global e nacional, tem sido uma importante ferramenta visando direcionar, conduzir e orientar a todos sobre as diretrizes necessárias a serem desenvolvidas em prol de um envelhecimento ativo, com qualidade de vida e consequente aumento da expectativa de vida saudável.

Palavras-chave: Década do envelhecimento saudável, Educação Continuada, Expectativa de vida saudável, Organização Mundial de Saúde.

INTRODUÇÃO

Dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde demonstram a urgência na discussão da temática no Brasil voltada ao crescimento da população idosa e suas consequências, tanto pessoais quanto para suas famílias, comunidades, sociedade como um todo, nos aspectos econômico, culturais, sociais, diante do fato de que o país não está preparado para lidar com o impacto dessa nova realidade.

O artigo examina as particularidades e consequências atinentes ao aumento dos índices de expectativa de vida e expectativa de vida saudável, através de análise bibliográfica e de dados, reconhecendo suas diferenças e dificuldades no Brasil ao longo dos anos, perante a realidade enfrentada devido ao rápido e crescente aumento do número da população idosa no país.

Apesar do desenvolvimento científico, social, econômico, cultural do país ao longo dos anos, proporcionando o aumento da longevidade e conseqüentemente o aumento da expectativa de vida dos idosos, há de se reconhecer que ainda existem muitos obstáculos enfrentados pelas pessoas maiores de 60 anos, no tocante a garantia efetiva de direitos previstos no Estatuto do Idoso relacionados às suas necessidades básicas visando uma velhice com qualidade de vida, participação efetiva na construção da sociedade e comunidades que estão inseridos, uma velhice livre de preconceitos e segregação, vivida de forma plena e ativa.

A falta de informação e de conhecimento, através de projetos educacionais, políticas públicas voltadas à conscientização da população em geral sobre o processo de envelhecimento, a velhice e a pessoa idosa, têm sido fatores determinantes de sua exclusão, desagregação, sendo crucial o debate e revisão da temática por todas as esferas da sociedade e desde a juventude de forma preventiva, uma vez que os jovens de hoje serão os idosos de amanhã, tendo estes desde a juventude participado da construção da sociedade e muito contribuído com ela, devendo ter a garantia efetiva dos seus direitos para uma velhice vivida dignamente.

Assim, objetiva-se verificar as peculiaridades norteadoras da expectativa de vida e expectativa de vida saudável através de análise

bibliográfica pertinente ao tema e análise de dados, de modo a reconhecer suas diferenças e obstáculos, apontando sobre o importante papel da então declarada Década do Envelhecimento Saudável pela Organização Mundial de Saúde, em busca do aumento da expectativa de vida saudável do idoso, defendendo, para tanto, o papel da educação continuada relacionada a promoção de um envelhecimento ativo, a conscientização da sociedade sobre o tema, desenvolvimento e abordagem de ações preventivas desde a juventude, monitoramento dos dados de pesquisa para projetar e efetivar soluções visando minimizar as problemáticas enfrentadas, de modo a proporcionar à população idosa uma velhice digna, através de ações conjuntas do poder público e sociedade civil.

METODOLOGIA

O presente artigo científico fundamenta-se em uma pesquisa de caráter bibliográfico, através de revisão de literatura relevante ao tema proposto com levantamento de dados, informações e principais teorias em periódicos, sites na *internet* disponibilizados por órgãos de caráter público e organizações intergovernamentais, artigos de jornais, dissertações, documentos.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e investigativa, através de leitura sistemática dos mais pertinentes estudos publicados relacionados ao tema da pesquisa, objetivando aprendizado sobre a área e desvendar soluções para as reflexões e críticas aqui desenvolvidas, pois segundo Boccato (2006, p. 266):

a pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O mundo tem vivenciado um aumento na expectativa de vida das pessoas graças a fatores como o desenvolvimento da medicina, avanços da tecnologia, melhorias no saneamento básico, alimentação, tratamento da água, pesquisa, desenvolvimento e incentivo à vacinas, políticas voltadas a conscientização e preservação do meio ambiente, controle das taxas de natalidade e mortalidade, estímulo e oportunidades voltadas à área da educação, dentre outros, ocasionando, conseqüentemente, um crescimento significativo no número da população, em especial a idosa.

Entretanto, o aumento da expectativa de vida não significa necessariamente um aumento na expectativa de vida saudável, com qualidade de vida, podendo esta ser entendida como a média de anos em que se espera viver com saúde em determinada idade, uma vez que há diferença nos resultados dos índices de ambos.

O conceito de qualidade de vida relaciona-se com outra importante noção, a de envelhecimento saudável, processo e produto que envolve prevenção e controle de doenças, comportamentos de saúde (alimentação equilibrada, atividade física, sono, evitar fumo e álcool), atividade cognitiva e social, produtividade, participação social e objetivos e metas. Para a Organização Mundial da Saúde, os três pilares do envelhecimento ativo são: saúde, participação social e proteção social. Mais recentemente, no Relatório Mundial da Saúde, a OMS agregou um quarto elemento: a educação permanente. A promoção do envelhecimento saudável é de extrema relevância na presença do crescimento da população de idosos e do aumento da longevidade, porque auxilia a prevenir e a controlar a incidência de doenças crônico-degenerativas e da incapacidade (PATROCÍNIO; PEREIRA, 2013, p. 377).

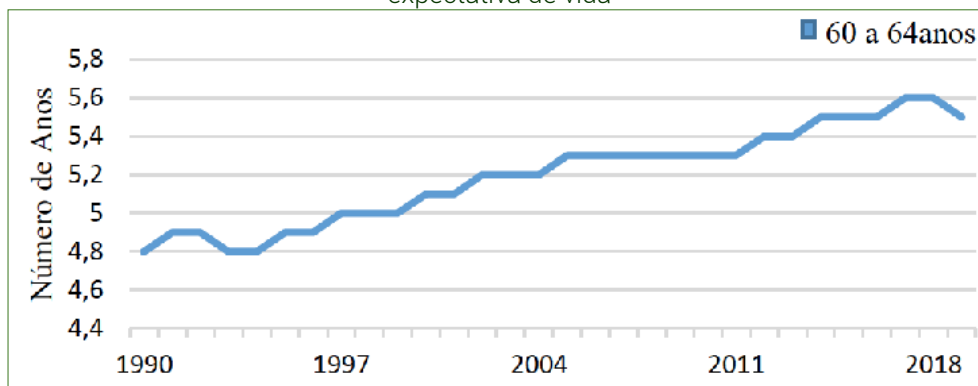
Dados da Organização Mundial de Saúde (2019) - OMS - demonstram que em 2019 a expectativa de vida para ambos os sexos de pessoas com 60 anos no Brasil era de 21,9 anos. Já a expectativa de vida saudável era menor, cerca de 16,35 para aqueles com a mesma idade.

De outro modo, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2019) - OPAS, os países das Américas com maior expectativa de vida

ao nascer demonstram um número maior de anos de vida pouco saudáveis, gerando uma aparente contradição. No Brasil, a expectativa de vida para homens em 2019 de 60 a 64 anos era de 20,9 anos, sendo 4,9 anos vividos com pouca saúde, ou seja, correspondendo a 24% dos anos de expectativa de vida vividos de forma pouco saudável. Já para as mulheres de mesma idade, a expectativa de vida era de 24,2 anos, sendo 6 vividos com pouca saúde, correspondendo a 25% dos anos de expectativa de vida (OPAS, 2019).

A tabela 1 demonstra a tendência da diferença em anos entre expectativa de vida saudável e expectativa de vida para ambos os sexos, resultando em um crescimento da lacuna entre ambos ao longo dos anos.

Tabela 1: Tendência da diferença em anos entre expectativa de vida saudável e expectativa de vida



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde, 2019. Tradução produzida pela própria autora.

A velhice é acompanhada de uma constante mudança em vários aspectos da vida do ser humano, englobando fatores biopsicosociais, levando a pessoa idosa a modificar sua estrutura de vida, passando a lidar com as peculiaridades que essa fase da vida trás, mudando seu modo de viver, seus relacionamentos com a família, com a sociedade, mudando a sua própria história, o que não deve ser relacionado à aspectos meramente negativos.

O acometimento de dificuldades na saúde, com a propensão de desenvolvimento de doenças crônicas através do uso excessivo de

álcool, tabaco, alimentação não saudável, sobrepeso, falta de atividade física, por exemplo, são fatores relevantes a serem monitorados visando a implementação de ações, políticas públicas, mesmo antes da fase da velhice, de forma preventiva, objetivando a conscientização de todos para uma velhice saudável no futuro e o controle das taxas de mortalidade dessas e outras doenças relacionadas a essa fase da vida, proporcionando maior qualidade de vida e o consequente aumento da expectativa de vida saudável para os idosos do presente e do futuro (OMS, 2022).

Ao contrário dos países desenvolvidos, aqueles que possuem como características importantes o alto padrão de qualidade de vida, bons indicadores econômico-sociais, elevado grau de industrialização, reduzida dependência financeira, elevada expectativa de vida, baixas taxas de mortalidade infantil (RIBEIRO, 2022), a população brasileira tem envelhecido diante da pobreza. Segundo Ursula Karshc (2014), professora do curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade de São Paulo – PUC SP – em entrevista publicada na revista GIZ sobre arte e ofício de ser velho no Brasil:

Para ser velho no Brasil é preciso enfrentar muitas situações. O idoso aqui é um sobrevivente, sob vários pontos de vista. Essas pessoas têm que enfrentar atendimento à saúde precário, uma educação que não prepara para o mundo, um mercado de trabalho que paga mal e não permite acumular para a velhice. A pessoa enfrenta a violência dos serviços públicos, a violência urbana e até a violência familiar (KARSHC, 2014).

Portanto, muitos são os desafios enfrentados pelos idosos devido ao aumento da longevidade no Brasil, afetando, assim, o índice de expectativa de vida saudável.

A tabela 2 demonstra a classificação de mortalidade para pessoas idosas de ambos os sexos no ano de 2019 no Brasil.

Tabela 2 – Classificação de mortalidade em idosos – 10 principais causas

Classificação	Causas
1	Doenças cardiovasculares
2	Neoplasias malignas
3	Cardiopatia isquêmica

Classificação	Causas
4	Derrame
5	Doenças respiratórias
6	Infecções respiratórias
7	Infecções respiratórias inferiores
8	Derrame Isquêmico
9	Doença pulmonar obstrutiva crônica
10	Doenças geniturinárias

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2019. Tradução produzida pela própria autora.

As doenças cardiovasculares estão no topo dessa lista como a maior causa de mortalidade para os idosos no país (OMS, 2019).

Os anos de vida saudáveis perdidos por incapacidades estão relacionados principalmente a doenças dos órgãos dos sentidos, musculoesqueléticas, transtornos mentais, uso de substâncias, diabetes mellitus, perdas auditivas, condições neurológicas, lesões não intencionais, condições bucais, doenças cardiovasculares, edentulismo (perda total ou parcial dos dentes permanentes) (OMS, 2022).

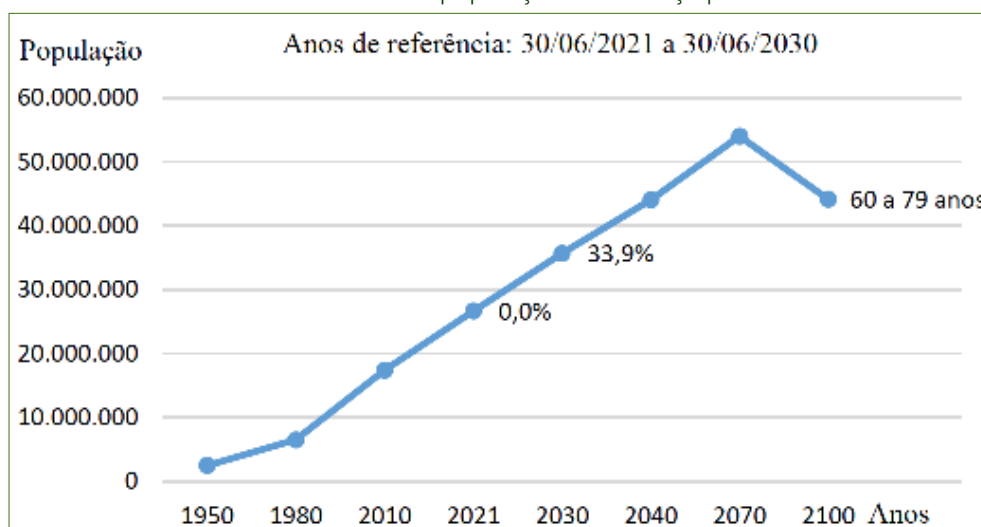
Portanto, apesar de melhoria na qualidade de vida das pessoas ao longo dos anos, o aumento da expectativa de vida não deve ser entendido como um garantidor de expectativa de vida saudável, haja vista que ainda existe uma necessidade contínua de pesquisa, melhorias, controle das doenças relacionadas aos maiores índices das taxas de mortalidade, colaboração das diversas entidades da sociedade visando o acesso dos idosos de fato às suas necessidades básicas com informações sobre a saúde, direitos, alimentação, erradicação da pobreza, saneamento básico, educação de toda a sociedade sobre a prevenção para uma velhice saudável, inclusão, segurança.

Projeções disponibilizadas pela OMS para 2030 demonstram que cerca de 1 a cada 6 pessoas terão 60 anos ou mais nas Américas (OMS, 2022) e segundo a OPAS (2022) aproximadamente 18,9% da população brasileira será de idosos com 60 anos ou mais, ou seja, discutir o envelhecimento no presente é um assunto de suma importância, devendo ser necessariamente revisto, repensado por todos, devendo ser iniciado desde a juventude, objetivando a conscientização de todos em busca de uma futura velhice ativa, saudável, com qualidade de vida, respeito e empatia pelos idosos do presente, garantindo-lhes

oportunidades, efetivação de direitos e dignidade durante essa fase da vida.

Tomando como referência o ano de 2021, o Brasil possuía cerca de 26.668.824 milhões de idosos entre 60 a 79 anos. A Tabela 3 demonstra projeções realizadas para o ano de 2030, apontando que a população passará a ser de 35.704.160 milhões de idosos, havendo um crescimento percentual de cerca de 33,9% nesse número, corroborando mais uma vez sobre a necessidade de repensar, discutir políticas públicas, ações voltadas para garantir o acesso à uma velhice saudável, ativa e com qualidade de vida (OPAS, 2022).

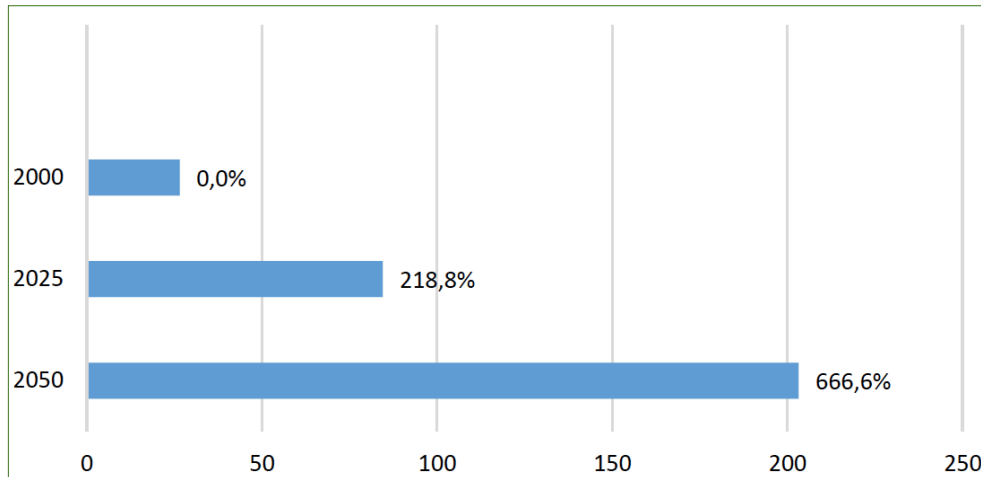
Tabela 3: Tamanho da população e mudança percentual



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde, 2019. Tradução produzida pela própria autora.

Na Tabela 4, por sua vez, seguindo a tendência de envelhecimento para a região das Américas e tomando como parâmetro o ano de 2000, demonstra que o Brasil terá em 2025 um índice de envelhecimento de 84,5 com uma diferença de 218,8% com relação a 2000. Em 2050, essa porcentagem alcançará o patamar de 666,6% (OPAS 2019).

Tabela 4: Tendência de envelhecimento no Brasil



Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde, 2019. Trauçãõ produzida pela própria autora

Diante de tais dados, além do aumento de expectativa de vida, verifica-se o rápido crescimento da população idosa no Brasil e que o país não está preparado para o desafio trazido com essa nova realidade, através desse constante crescimento e suas consequências, como por exemplo, a dependência à Previdência, aos serviços públicos de saúde e assistência social.

Ainda repercute, cultural e socialmente na mentalidade de muitos brasileiros, a relação da velhice com aspectos negativos de inutilidade, surgimento de doenças e um consequente gasto elevado voltado à saúde e medicamentos para o tratamento dessas enfermidades, ausência de determinadas habilidades para o labor, tanto físicas quanto psicosociais, dependência de cuidadores muitas vezes para as necessidades básicas, dependência econômica de familiares, do poder público, da comunidade em que vivem, verdadeiros preconceitos relacionando a velhice apenas como sendo a última fase da vida, indigna de se viver como os demais da sociedade, buscando prazeres, tendo voz ativa, participando ativamente da construção da mesma.

Segundo Neri (2007, p. 7), "as informações disponíveis sobre a velhice têm por característica considerar antes as perdas e limitações associadas a essa fase da vida, do que o potencial de desenvolvimento inerente à maturidade."

Os idosos lidam com a escassez de oportunidades de trabalho, o desrespeito e falta de empatia da sociedade quanto às dificuldades do envelhecimento, o qual é inerente à todos, a falta de educação voltada à conscientização da população sobre o fato de os idosos serem cidadãos, possuidores de direitos e deveres, os quais podem e devem viver a velhice em sua forma mais plena, com qualidade de vida, com um propósito de vida a perseguir, de forma ativa, sonhando e concretizando, enfim, contribuindo com a construção da sociedade de fato.

É de suma importância garantir de fato o espaço de participação do idoso na sociedade, oportunizando condições para que possam ter a sua voz ouvida, compreendendo o seu valor, respeitando as suas experiências de vida e contribuição com a construção da sociedade durante toda a sua trajetória até a velhice.

Tomando por base que os jovens de hoje serão os idosos de amanhã e o envelhecimento afeta não somente o idoso em suas diversas magnitudes mas também a todos ao seu redor, familiares, a sociedade como um todo, torna-se de caráter emergencial a discussão, planejamento e efetivação de políticas públicas, um trabalho conjunto de todos da sociedade viabilizando a qualidade de vida, bem estar, garantia de direitos e oportunidade de espaço na construção da sociedade pelos idosos, uma vez que, ao contrário do que está incutido culturalmente na mentalidade de muitos brasileiros, os idosos já fazem parte da sociedade, já estão inseridos nela, mas precisam ter os seus direitos efetivamente garantidos.

O Estatuto do Idoso, por sua vez, prevê em seu artigo 3º, *caput*, a responsabilidade de todos, conjuntamente e com absoluta prioridade, para a garantia e efetivação dos direitos do idoso:

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 (grifo nosso) (ESTATUTO DO IDOSO, 2022).

Diante do célere aumento da população idosa e de sua expectativa de vida, e tomando por base a responsabilidade de todos frente às consequências dessa realidade, a Assembléia Geral das Nações

Unidas, pautada no Plano Internacional sobre o Envelhecimento de Madri, a Estratégia Global e Plano de Ação em Envelhecimento e Saúde, além do Relatório Sobre Envelhecimento e Saúde, dentre outros, declarou em 2020 o período de 2021 a 2030 como sendo a Década do Envelhecimento Saudável, possuindo como foco uma melhoria na qualidade de vida da população idosa, de seus familiares, da comunidade, com o apoio de todos, governos, profissionais de diversas áreas, famílias, comunidades, setor privado, sociedade civil em geral, através de ações conjuntas de colaboração concertada, catalítica e sustentada (OPAS,2020).

O caminho a ser trilhado para que o envelhecimento saudável seja alcançado por todos está baseado em uma velhice ativa, com a otimização da capacidade funcional dos idosos, visando manter, desenvolver sua autonomia, independência para as necessidades básicas, sendo de suma importância a participação e empoderamento dos mesmos em todas as etapas dessa colaboração, cujas linhas de ação estão focadas em: políticas públicas e colaborações conjuntas para o envelhecimento saudável, apoio ao desenvolvimento e estrutura de ambientes adaptados aos idosos, ajustamento dos sistemas de saúde para que atendam às suas peculiares necessidades, desenvolver sistemas sustentáveis e igualitários de prestação de cuidados integrados e de longo prazo à pessoa idosa e melhorar a aferição, monitoramento e a pesquisa sobre o envelhecimento (OPAS, 2022).

A Organização Mundial de Saúde criou um portal objetivando fornecer dados em diversas áreas, a nível mundial, sobre os idosos, auxiliando, assim, a Década do Envelhecimento Saudável trazendo para conhecimento de todos, dados importantes para o monitoramento, pesquisa e desenvolvimento de políticas e ações voltadas à melhoria na qualidade de vida da população idosa.

O programa mundial Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas, criado pela Organização Mundial de Saúde, tem como objetivo a transformação de lugares adaptados e inclusivos para a população idosa, através do planejamento estrutural e otimização de serviços e recursos disponibilizados para atendê-los, coibindo atitudes de preconceito, discriminação por parte da população, permitindo a participação ativa e efetiva dos idosos na comunidade em que estão inseridos (OPAS, 2022).

Segundo estatísticas da Organização Pan-Americana de Saúde, em 07 de abril de 2022 foram contabilizadas cerca de 798 cidades participantes da rede. Em 2020, a região das Américas foi considerada aquela com maior número de países participantes, cerca de 15. No Brasil, foram contabilizadas 24 cidades participantes em 2022 (OPAS, 2002).

Ações voltadas à educação e conscientização da sociedade visando mudar a perspectiva de como a velhice é vista e pensada são cruciais para a efetiva concretização dos objetivos da Década do Envelhecimento Saudável, garantindo, assim, o compromisso necessário com a mudança de posicionamento na cultura do país sobre o tema diante do exponencial aumento dos índices de pessoas com mais de 60 anos.

Diante desse cenário, a educação continuada entra como uma ferramenta eficaz, visando a constante atualização e desenvolvimento dos idosos através de diversas atividades voltadas a sua capacitação, aprimoramento e desenvolvimento de habilidades, atualização frente a era tecnológica promovendo sua inclusão e participação ativa na sociedade em constante transformação, propiciando a sociabilidade dos mesmos juntamente com outros idosos, gerando uma rica troca de experiências e compartilhamento de dificuldades vividas, proporcionando uma nova visão sobre a velhice, uma mais positiva.

As faculdades da terceira idade têm logrado êxito nesse sentido, pois além de proporcionarem um ambiente de acolhimento, atualização e capacitação dos idosos diante das suas peculiaridades, através de atividades especialmente projetadas para eles, proporcionam também a sociabilidade dos mesmos com os mais jovens através dos projetos intergeracionais, os quais, inclusive, ocorrem em suas próprias convivências familiares e sociais em geral, mesmo fora do ambiente das faculdades, possibilitando trocas de experiências beneficiando ambas as partes, verdadeira troca de legados, uma vez que o próprio idoso passa a valorizar a sua própria trajetória e história de vida através do compartilhamento dela e os jovens, por sua vez, têm a oportunidade de aprender e desenvolver uma visão diferente, mais positiva da velhice, adquirindo maior conscientização sobre, empatia e respeito com a população idosa (GUEDES, 2006, p. 27).

No contexto da velhice, além da percepção dos idosos em relação ao significado do envelhecimento saudável, para

que se chegue a essa fase da vida com saúde e bem-estar, é preciso considerar os hábitos de vida dos idosos, bem como seus comportamentos em relação à velhice. O comportamento de pessoas não idosas em relação aos idosos e dos idosos em relação à própria velhice depende da interação entre as diferentes crenças e entre os atributos cognitivos e afetivos das atitudes. Os comportamentos influenciam diretamente a mudança de atitudes e a forma como as pessoas lidam com os aprendizados em saúde. A forma como os idosos agirão em relação à própria saúde e a outros aspectos de suas vidas dependerá, em grande parte, das imagens de velhice e de suas atitudes em relação ao envelhecimento. (PATROCÍNIO; PEREIRA, 2013, p. 378).

A gerontologia, ciência responsável por estudar o processo de envelhecimento do ser humano nos aspectos biopsicossocial, possui um papel de suma importância no âmbito da educação continuada, proporcionando a capacitação e atualização dos profissionais de diversas áreas, objetivando sua qualificação para o oferecimento de um suporte de qualidade para o idoso e familiares, aptidão para tomada de decisões.

O envelhecimento ativo está diretamente ligado à promoção do envelhecimento saudável e buscar formas de prevenção, monitoramento e cuidados para minimizar os impactos da diminuição da capacidade intrínseca nos idosos deve ser entendida como parte integrante do conjunto de ações a serem colocados em prática, como a melhora da função musculoesquelética, cuidados rotineiros para manter as funções sensoriais, prevenir a deteriorização cognitiva grave e promover o bem estar psicológico, lidar com problemas relacionados à idade como a incontinência urinária, por exemplo (OMS, 2017).

Entretanto, é importante mencionar a existência de divergências sobre o entendimento do conceito de envelhecimento ativo. Estaria o mesmo relacionado apenas a prática de cuidados com a saúde, a prática de exercício físico, a independência e autonomia para lidar com as suas necessidades básicas, o trabalho remunerado? Nesses casos, um idoso que não seja tão ativo dessa forma, porém que participe efetivamente de outras formas na comunidade onde está inserido, como por exemplo, através de debates, discussões para o planejamento de políticas públicas voltadas a melhorias para a população, não seria

considerado como vivenciando o processo de envelhecimento de forma ativa?

Diante dessa crítica, é importante esclarecer que o envelhecimento ativo não está atrelado apenas aos cuidados com o físico, a saúde, mas vai além, remetendo a oportunidades efetivas de participação do idoso na discussão, construção, transformação da sociedade, o exercício de sua liberdade de expressão.

Portanto, o envelhecimento ativo não pode estar ligado apenas à ação, movimentação do idoso, pura e simplesmente, uma vez que o processo de envelhecimento é diferente para cada ser humano, o modo de lidar com a velhice e o modo de ser ativo na mesma pode se dar de formas diferentes, devendo cada um ser respeitado conforme as suas peculiaridades, não descartando a importância do cuidado com a saúde através de exercícios físicos, alimentação balanceada.

Pessoas idosas que vivem de forma saudável e ativa em seus diversos aspectos fortalecem a família e a comunidade que estão inseridas, participam da construção e da mudança da sociedade, do país, permitem sonhar novos sonhos, criar nossos projetos, viver com um propósito de vida na velhice, de forma plena, prazerosa. Para Neri (2007, p. 16-47), “[...] quanto mais ativo o idoso, maior a sua satisfação na vida” e sobre algumas das estratégias de intervenção, “[...] em primeiro lugar é essencial promover a saúde física ao longo de todo o curso da vida, a educação continuada na vida adulta e na velhice, incluindo oportunidades para treinamento compensatório [...]”.

O governo brasileiro pode lidar com essa nova realidade do crescente aumento da expectativa de vida da população idosa no mundo, desde que trabalhe em conjunto com toda a sociedade de modo a minimizar seu impacto no país, cada um cumprindo com o seu papel, auxiliando na garantia e efetividade dos projetos e políticas públicas já existentes e os que estão por vir.

Propiciando de forma preventiva desde a juventude o conhecimento e incentivo sobre o envelhecimento ativo através da educação, conscientizando a todos sobre a sua importância, acabam por ajudar no processo da desmistificação da velhice como uma fase triste, monótona, sem utilidade ou propósito, mas sim como uma fase da vida que também pode e deve ser ativa, vivida de forma plena, saudável, feliz, com histórias, experiências, conhecimentos a serem compartilhados

de modo a beneficiar a todos ao seu redor, apesar das suas dificuldades como qualquer outra fase da trajetória de vida do ser humano, e consequentemente contribuindo com o aumento do índice de expectativa de vida saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das peculiaridades do aumento da expectativa de vida da população idosa e de sua expectativa de vida saudável revela o reconhecimento de que o primeiro não garante o segundo, havendo uma clara diferença no índice de ambos e ainda uma crescente lacuna entre eles.

A tendência no Brasil e no mundo é de que o aumento da população idosa cresça ainda mais, ultrapassando no futuro o número de crianças e adolescentes. Os impactos causados na economia, na saúde, na sociedade, nas famílias e comunidades precisam ser abordados, discutidos e projetados desde já, visando minimizar seus efeitos e construir uma velhice com qualidade de vida para os idosos do presente e futuro, começando com a mudança de visão e posicionamento de todos na atualidade em relação a mesma.

Acredita-se que o envelhecimento ativo através do incentivo e oportunização da educação continuada para os idosos seja uma ferramenta de suma importância para se alcançar uma velhice com qualidade de vida, autônoma, prazerosa, com um propósito e projetos de vida a serem seguidos. Consequentemente, a medida que políticas públicas forem efetivadas e alcançarem toda a população, desmistificando a velhice na mentalidade dos brasileiros, haverá benefício para todos, uma vez que os idosos serão mais respeitados, reconhecidos e valorizados como verdadeiros agregadores em suas famílias, na construção da sociedade e comunidade em que estão inseridos, e não vistos negativamente como apenas aqueles necessitados de cuidados, sem utilidade, menos cidadãos que os demais pelo fato de não estarem produzindo como na juventude, por exemplo.

Entretanto, reconhece-se também a necessidade de um trabalho em conjunto do poder público, sociedade civil, setor privado, de todos, objetivando otimizar os resultados voltados a proporcionar uma velhice ativa, com qualidade de vida e oportunidades, garantindo a efetivação das ações projetadas pela Década do Envelhecimento Saudável.

A velhice é inerente à todo ser humano e pode ser vivida proporcionando o bem-estar. Implementando essa consciência para toda a sociedade, os índices do aumento da expectativa de vida saudável diante do crescente aumento da população idosa serão uma realidade, pois serão otimizados e poderão alcançar a todos, garantindo uma velhice plena e satisfatória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, minha fortaleza, o qual está sempre presente nos dias bons e nos dias maus, me lembrando que eu nunca estive só em nenhuma dificuldade.

Agradeço à minha família, meu esposo e meu filho, os quais me apoiam com paciência, compreensão, incentivo e amor durante toda a minha trajetória acadêmica, sempre acreditando no meu potencial.

Agradeço à minha professora Débora, sempre disponível, com um sorriso no rosto, transmitindo amor, esperança e gentileza, me ensinando a perceber a velhice com outros olhos, cheios de ternura, esperança, com um propósito feliz.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 2019. **Dados e visualizações**. Disponível em: <https://www.paho.org/es/datos-visualizaciones>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Década do envelhecimento saudável nas Américas**. Brasília - DF, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Expectativa de vida aos 60 anos**. 2019. Disponível em: <https://platform.who.int/data/material-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/life-expectancy-at-age-60>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Expectativa de vida saudável aos 60 anos. 2019.** Disponível em: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/healthy-life-expectancy-at-age-60>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Porcentagem da população total com 60 anos ou mais.** 2019. Disponível em: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/percentage-of-total-population-aged-60-years-or-over>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de mortalidade em idosos - 10 principais causas.** 2019. Disponível em: [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/mortality-ranking-in-older-people---top-10-causes-\(country\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/mortality-ranking-in-older-people---top-10-causes-(country)). Acesso em:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento saudável.** Brasília - DF, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel?utm_medium=email&utm_campaign=Decade%20of%20Healthy%20Aging%20in%20the%20Americas%20-%202022CM1-port&utm_content=Decade%20of%20Healthy%20Aging%20in%20the%20Americas%20-%202022CM1-port+CID_e93f1c612e4115a539e-6267de93a5e37&utm_source=Email%20marketing%20software&utm_term=Visite%20o%20nosso%20site. Acesso em:

BICUDO, Francisco; MARCONI, Elisa. **Arte e ofício de ser velho no Brasil.** Revista Giz, São Paulo. Out. 2014. Disponível em: <https://revistagiz.sinprosp.org.br/?p=5423>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento: fatores de risco.** 2019. Disponível em: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data/ageing---risk-factors>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Anos de vida saudável perdidos por incapacidade.** 2019. Disponível em: [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/years-of-healthy-life-lost-due-to-disability-\(yld\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/years-of-healthy-life-lost-due-to-disability-(yld)). Acesso em:

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 7. ed. Campinas: Editora Papirus, 2007. 7 - 47 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=t_iv78lH-AMC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Anita+Liberalesso+Neri,&ots=S-vlBB9AlpS&sig=Kor9lSHFo6461Fy4TRdzoVGcBko#v=onepage&q&f=false. Acesso em:

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília-DF; Congresso Nacional, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em:

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **OMS lança portal com dados mundiais sobre saúde e bem-estar de pessoas idosas**. Brasília - DF, 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/94095-oms-lanca-portal-com-dados-mundiais-sobre-saude-e-bem-estar-de-pessoas-idosas>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atendimento integrado ao idoso**. Geneva, Suíça, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341991/WHO-MCA-17.06.10-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em:

PATROCÍNIO, W. P.; PEREIRA, B. P. C. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **SciELO Brasil**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 377-378, ago. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/rKF9t3hYRSzqFgMtj9yvVnm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Cidades e comunidades amigas das pessoas idosas**. Brasília - DF, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cidades-e-comunidades-amigas-das-pessoas-idosas>. Acesso em:

GUEDES, D. W. O. **Educação continuada e projeto de vida de pessoas idosas**. 2006. 122 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/12493>. Acesso em: 12 abr. 2022.

RIBEIRO, A. Países desenvolvidos. **Info Escola**. Brasil, 2021. Países desenvolvidos. Disponível em: <https://www.infoescola.com/geografia/paises-desenvolvidos/>. Acesso em:



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 06

CUIDADOS PALIATIVOS, PERCURSO E TERMINALIDADE

ROSÂNGELA DE ARAUJO LIMA

Ao se discutir sobre a terminalidade da existência e os desafios de enfrenta-la, sobretudo para pacientes que desenvolveram uma doença crônica, fatal, é possível destacar a importância dos cuidados paliativos nesse horizonte, posto que práticas que focam a manutenção da vida a qualquer preço, distanásia, são discutíveis, dado, além de sua ineficácia, a ausência de uma assistência humanizada que valorize adequadamente o ser humano que enfrenta a terminalidade da existência. O termo “cuidados paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra “paliativa” é originada do latim palliun que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe.

É necessário atentar para o fato que a percepção no que toca à existência se delongou de uma forma exponencial no término do século XX e início do XXI, advindo das inovações tecnológicas que contribuíram nitidamente para o acréscimo da sobrevida, o que acarreta à compreensão da morte e isto nos faz perceber que a morte, na maioria das vezes, não é percebida e vivida como um episódio, mas sim, como um processo, às vezes até adiado, excedendo em muito a terminalidade tendo como resultado uma não-vida para as pessoas enfermas, como desconforto excessivo e um custo emocional, psicológico e existencial, altíssimo, e que não se traduz, em absoluto, por qualidade de vida.

De tal modo, que ao mesmo tempo em que os cuidados paliativos são coevos no país, são desconhecidos e ignorados por um grande contingente de profissionais que trabalham com pacientes em fase terminal, em foco a equipe de saúde que deve cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Percebe-se, pois, a significativa importância que esta temática deve ocupar nos espaços acadêmicos os quais não devem furtar-se de discutir a terminalidade da vida como parte constituinte do fazer assistência sem saúde. Não olvidando que os cuidados paliativos implicam na ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta incide em cuidar do paciente fora de possibilidades terapêuticas em seus mais variados aspectos, como o

físico, emocional, psicossocial e espiritual. Pacientes que enfrentam a terminalidade da existência necessita ser assistido de modo integral e isto requer complementação de saberes, compartilhamento de encargos, onde questões diferenciadas necessitam ser resolvidas em conjunto. Nesse cenário, a produção acadêmica sobre o tema deve ser profícua, para que se contemple cada vez mais a importância de assistir adequadamente pacientes em sua terminalidade.

Prof.^a Dr^a Rosangela de Araujo Lima

ANDANDO PELO VALE DA SOMBRA DA MORTE: CÂNCER TERMINAL, CUIDADORAS E EQUIPE DE SAÚDE

ROSANGELA DE ARAUJO LIMA

Pós- Doutorado em Psicologia (Universidade do Porto/Portugal); Doutora em Sociologia (UFPB); Mestre em Educação (UFPB); Especialista em Sexualidade Humana (UFPB); Especialista em Saúde Pública (UNAERP/SP); Psicóloga e Odontóloga; 2º Doutorado em Psicologia Clínica- cursando- (UNICAP/PE); psi-rosa@gmail.com

RESUMO

Apresenta-se no escopo desse trabalho um relato sobre o enfrentamento de câncer terminal por parte de cuidadoras e profissionais da saúde. A pesquisa foi realizada no Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa/ PB. O objetivo é analisar como cuidadoras de Pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas- FTP e a equipe profissional lidam com a morte e o morrer dessas pessoas. A Metodologia qualitativa, com uso da etnografia e bricolagem metodológica: Entrevistas semiestruturadas e Diário de Campo. Teoricamente respalda-se, sobretudo, na Sociologia da Saúde. Os resultados evidenciam uma veemente negação da morte por cuidadoras e equipe de saúde. A equipe furta-se ao contato com os pacientes FPT, e as cuidadoras seguem uma regra social de repetir um discurso monocórdio de que a cura para a pessoa enferma chegará. Conclui-se, que, através de processos sociativos, @s pacientes ficam a par de seu estado, mas há a formação do chamado pacto do silêncio.

Palavras-chave: Sociologia da Saúde; Morte; Câncer Terminal; Processos Sociativos.

INTRODUÇÃO

No atual momento sócio histórico por que passa a contemporaneidade, a morte tornou-se alheia à vida: foucaultianamente falando, o Ocidente elaborou dois dispositivos discursivos os quais, dispensando-a sem piedade, tornam-na outra coisa: o primeiro espetaculariza a morte, transformando-a num show - é a morte d@¹ outr@ - a exibida diuturnamente em telejornais, revistas, filmes, games, seriados de TV, nos quais a aparição de numerosas mortes (às vezes apresentadas em detalhes) é banalizada, tornada corriqueira, quiçá, circunstancial: "El@ morreu porque pegou aquele voo". Vista como um erro do destino ou algo que o valha, desse modo, a morte é, senão dominada, no mínimo transmutada em mera fatalidade. O segundo dispositivo é o de negar a própria morte (e de pessoas muito próximas), o que se constitui - na ocultação da morte - não se morre mais em casa, mas no ambiente higiênico, antisséptico e anônimo de um hospital, onde o corpo (também um dispositivo linguístico de controle) é rapidamente removido, preparado adequadamente e encaminhado à casa mortuária, onde se dará o velório (que foi abolido da própria residência d@ mor@) (KOURY, 2003; ZIEGLER, 1977; D' ASSUMPÇÃO, D' ASSUMPÇÃO e BESSA, 1984; FOUCAULT, 2006).

Pessoas tolhem-se e são tolhidas, nesse espaço societal, em discurrer sobre a inevitável ruptura da vida, apesar de o fim ser comum a tod@s. Na contemporaneidade, é considerado ato de bondade e, por que não dizer, de elegância social, não constranger @ moribund@ com uma sinalização, uma abertura para uma escuta de seu processo de morrer, o qual se torna extremamente solitário, em especial, quando se trata de uma doença crônica, como o câncer que, na maioria das vezes, é lenta e requer terapias extremamente agressivas, que debilitam @ paciente fisiológica e psicologicamente. Como exporei no escopo dessa tese, forma-se o que algumas e alguns autor@s denominam uma conspiração do silêncio em torno d@ moribund@. (BARBOSA, 2003).

1 Não uso o masculino genérico como sinônimo de "seres humanos", para evitar o excesso de flexão de gênero, optei pelo uso do @, o qual, também foi recomendado pela banca de qualificação na época em que a tese foi submetida a esse processo.

METODOLOGIA

Para obter as respostas e atender aos objetivos formulados, apresento os seguintes passos metodológicos. Pois, Investigar a realidade social descortinando-se como um leque de opções em que se agrupam várias formas de construir o conhecimento. Todavia, quaisquer que sejam as opções investigativas, assentam-se a partir da cultura em que está inserido @ pesquisador(a), na qual a linguagem ocupa lugar preponderante na construção epistemológica. Meu objeto de estudo é o mundo da vida cotidiana, suas interações entre indivíduos e a interpretação do conhecimento do senso comum, produzido por esses indivíduos sob uma ótica fenomenológica. É preciso ter consciência de que a realidade da vida cotidiana é a mais real porque já existia antes de nascermos em determinada sociedade e permanecerá após nossa morte. Seus fatos acham-se dispostos em padrões, a linguagem marca "as coordenadas de minha vida em sociedade e enche esta vida de objetos dotados de significação" (BERGER, 2007, p.39). Nesta pesquisa não procedo de diferente modo, ao ter como tema a morte no enfoque do cotidiano de um hospital de alta mortalidade, como o HNL, e que lida com uma doença estigmatizante: o câncer, de imediato, associado à morte.

Os sujeitos de pesquisa, como referido, são 07 -sete- profissionais de saúde e 07- sete-cuidadoras² de pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas- FPT. As inquietações que me impulsionam são de cunho de uma sociologia que faça exatamente uma análise dessa vida cotidiana nas dependências do HNL, suas rotinas e rituais construídos sobre a morte e o morrer, que ocorrem rotineiramente, as quais não exigem grandes elucubrações científicas nem metafísicas e têm sido passadas, sucessivamente, pelo senso comum, através das gerações, nos quarenta e sete anos de existência do hospital. O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, tendo sido aprovado protocolo N° 0334 de 30/08/2008.

2 As mulheres, dado a construção histórica de conceber o sexo feminino como tendo um talento "nato" para a arte de cuidar, são maioria maciça, só encontrei um único cuidador durante o tempo da pesquisa, de quase 01 -um-ano.

O norte deste trabalho é compreender como está constituído e construído o cotidiano da já referida tríade, no lidar com a morte e o morrer, no HNL, de modo a revelar se há um consenso no enfrentamento desse processo de morrer ou, dito de outro modo, como a coletividade em estudo elabora e socializa sua interpretação e de qual modo se relaciona com a inexorabilidade do término da existência.

Opto por uma bricolagem teórica e metodológica por entender o fenômeno a ser estudado como eminentemente transdisciplinar. Um estudo sociológico da morte espalha-se por áreas diversas das ciências humanas, tais como a Sociologia, Filosofia, Psicologia Social e a História, para citar algumas. Kincheloe (2007, p.16) afirma que “os bricoleurs atuam a partir do conhecimento de que a teoria não é uma explicação do mundo – ela é mais uma explicação de nossa relação com o mundo”. Esta pesquisa se crava teórica e metodologicamente nesse processo relacional com o mundo, a morte e a vida.

No trabalho utilizo, como marco metodológico, a bricolagem de instrumentos de coleta de dados, eminentemente fenomenológicos, com o intuito de descrever a morte e o morrer tais como vivenciados no cotidiano dos sujeitos de pesquisa. O que tenho a apresentar são dúvidas, questionamentos, não certezas previamente estabelecidas. Para tanto, recorro aos seguintes instrumentos de coleta de dados:

- Entrevista semiestruturada – com familiares d@s enferm@s onde for possível, na enfermaria já citada, no pátio, refeitório, onde se dispuserem a me receber. O intuito é oportunizar espaço dialógico para quem desejar expressar suas angústias e emoções represadas, caso haja.
- Entrevista semiestruturada com Médic@s, Enfermeir@s e Psicólogo. O objetivo desse momento da pesquisa é compreender como se dá o processo de experienciar, diuturnamente, a morte de um ser humano sob seus cuidados imediatos. Enfrentei muitas dificuldades na coleta desses dados, mas consegui excelentes entrevistas, as quais, depois de transcritas, geraram mais de duzentas páginas de material para analisar.
- A isso adicionei um diário de campo, no qual, etnograficamente, transcrevi muito do que vivenciei nos seis meses em que estive no HNL. Essas observações pessoais dizem respeito

aos quatro momentos da coleta de dados³, ao local da pesquisa, como também àquelas decorrentes de minhas próprias noções sobre a morte e o morrer. Tudo no intuito de enriquecer a pesquisa sob a perspectiva de uma sociologia interacionista.

Trabalho com a Sociologia Formal de Georg Simmel (1973; 2006), que focaliza a interação entre indivíduos e entre esses indivíduos e os grupos sociais a que pertencem, gerando um estudo microssociológico, contudo, não menos importante que o estudo macrosociológico.

É a interação, a sociação entre os indivíduos que está no centro de seus escritos; por outro lado, no atual momento acadêmico em que o surgimento de novos paradigmas epistemológicos emerge solidamente, Georg Simmel nunca foi tão condizente, a partir dessa transversalidade de sua sociologia. Outro ponto é que ele, ao contrário de Karl Marx e Émile Durkheim, não advoga um sistema societal, apresentando-se ambivalente em sua análise do devir das sociedades complexas gestadas e geradas pelo projeto moderno (SIMMEL, 2006; MORAES FILHO, 1983; VANDENBERGHE, 2005).

Ao lado de Georg Simmel, recorro aos escritos de Norbert Elias (1993, 1994a, 1994b, 2001), pois adentro numa Sociologia do Cotidiano, e nada mais cotidiano que a morte. É em uma narrativa do vivido que construo este trabalho, a partir do conceito de que a Sociedade não está cristalizada num extremo e, por outro lado, os indivíduos sendo por ela amoldados, há uma interação e constante relação dinâmica entre essas aparentes polaridades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dois mistérios fascinam e desafiam o pensamento humano: o nascimento e a morte. Embora a segunda faça parte da vida e com ela mantenha uma profunda relação dialética, a sociedade do século XX em diante tende a negá-la veementemente. Em se tratando de familiares de um ser-para-a-morte, esta negação é ferrenha, e todos os mecanismos de defesa do ego-negação (transferência, deslocamento etc.) são acionados, de modo a não encarar a finitude d@ paciente. São

3 Resistência por parte de alguns/as profissionais da Medicina, mas que foram sanadas com diálogo e explicação da importância da participação dessa categoria profissional.

peçoas que necessitam de um lenitivo, de um refrigério para a angústia de constatar a perda iminente de um ser amado. Daí a nomeação do capítulo, uma alusão a essa demanda, a de consolo interior, para o que alguns/algumas denominam alma, e outr@s, mente/psique, de acordo com suas crenças e cosmovisão.

No que tange à família, há um locus de poder muito forte que atinge, inclusive, a equipe de saúde. Esse poder reside na função mediadora e social da primeira, pois proporciona às demais instituições sociais um paradigma de fácil controle. Ela reforça o poder efetivo das classes dominantes, uma vez que é preciso recordar que a família, tal como a temos agora, é uma criação do Estado burguês, o qual, com sua modelagem, foi além de uma nova constelação familiar e impôs réplicas de famílias na fábrica, no sindicato, na escola, na universidade, na grande empresa e na igreja, só para citar alguns exemplos. Existem sempre pais, mães, irmãos, irmãs, mais velh@s ou mais nov@s que nos abençoam ou aborrecem a vida institucional, além do famoso jargão: Aqui somos uma família! (CHIATTONE, 1996).

A família de um/a paciente FPT detém um poder decisório e incommensurável, sobre a existência desta pessoa posto que lhe é delegada pel@s médic@s o poder de decidir sobre questões que serão apresentadas, em minúcias, no capítulo destinado à pesquisa com a equipe de saúde.

Meu diário de campo será, mais uma vez, a luz norteadora dos encontros que mantive com esse grupo específico. No primeiro dia, decidi realizar as entrevistas com profissionais de saúde. Todos os nomes utilizados são pseudônimos. Os sujeitos de pesquisa são: Ester-Acompanhante paga de uma paciente, Matilde⁴; Cristina-acompanhava o irmão, Seu Jacó⁵; Fernanda (Filha de Matilde); Dona Nenê- acompanhava o irmão, Seu Vasco⁶ (paciente); Dona Laura (Mãe de Seu Jacó); Catarina- Filha de Dona Josefa⁷- paciente; Beatriz (sobrinha de Dona Josefa); Aluísia - Filha de D. Sofia.⁸

4 Pseudônimo da paciente.

5 Idem

6 Idem

7 Idem

8 Idem

Como foi para a família saber da doença que ela/e tem?

Ester (Acompanhante paga de Matilde): Não sei dizer, porque quando vim, ela já tava⁹ doente já fazia um bom tempo.

Cristina (Irmã de Seu Jacó): Olha, foi uma bomba, viu?! Porque a gente, como é que se diz? A gente foi ver essa notícia assim, como uma bomba que caiu em cima da gente. No início, quando a gente soube, eu pensei que ele ia morrer logo assim. Mas graças a Deus ele tá se recuperando, agora, com o tratamento, mas logo no início ele sofria muito com dores de cabeça.

Fernanda (Filha de Matilde): Foi difícil quando a gente soube (...). Quem mais descobriu fui eu; bateu uma dor de ouvido nela, no mês de fevereiro, aí levamos pro médico lá onde eu moro; aí a médica passou um colírio pro ouvido e usou né? E não adiantou... Aí passou uns medicamentos pra chapa que fere a boca dela... Virou uma ferida, ela tomou antibióticos, aí não melhorou. A gente voltou lá de novo, a médica olhou e encaminhou pra o HU e do HU transferiram a gente pra aqui, pro Laureano, aí chegou aqui fomos bem recebidas, tudinho, aí o médico olhou ela. Tudinho.

Dona Nenê (Irmã de Seu Vasco): Pra gente foi um choque, né?! Porque até agora tá todo mundo abaladíssimo com isso, né?! Nós já esperávamos que com a vida desregrada que ele sempre quis levar, que alguma coisa de grave ia acontecer com ele, só que nunca pensávamos que fosse uma doença. Até nós esperávamos que ele fosse morto um dia nesses bares, nas bebedeiras e tudo, que ele bebia muito.

Dona Laura (Mãe de Seu Jacó): Foi muito duro, foi muito assim, revoltante, tudo tem que, assim, nunca pensei chegar **uma doença dessa** na minha família. Foi muito triste.

Catarina (Filha de Dona Josefa): Eles são conscientes da doença que ela tem, foi normal. Eles lá tudinho vêm esclarecido mesmo. (É interessante observar que ela se exclui do grupo familiar: eles estão esclarecidos; mecanismo de negação de defesa do ego muito evidente e muito social, também: eu não pertenço ao grupo que sabe, estou autoexcluída).

9 Transcrevo exatamente como dito pela informante, de modo que o português, aqui, não seguirá a norma culta.

Beatriz (sobrinha de Dona Josefa): Foi difícil, muito difícil, porque todo mundo é pego de surpresa, né? Ficamos todos um pouco sem chão, né, na verdade.

AluÍzia (Filha de D. Sofia): Foi assim, através de um cansaço que bateu nela, aí, ela foi conseguida fazendo todos os exames dizendo que era problema de coração. Aí ela foi pro HU, aí bateu uma chapa dos pulmões, e quando recebeu, o HU acusou que não era problema¹⁰ de coração, era problema de pulmão. Aí transferiram ela pra aqui (...). Quando chegou teve que se internar pra se operar, e ela pensava que vinha só fazer uma consulta. Mas graças a Deus ela passa bem.

Nesta fase inicial de perguntas, com exceção da acompanhante de Matilde e a de Dona Josefa, as demais pessoas relataram ter sido um choque. Familiares são seres curiosos, indagam aos/às médic@s qual o diagnóstico de seus/suas parentes, desejam saber tudo sobre o mal que acomete seu ente querido, mas quando recebem a notícia de que é um câncer, a ideia de morte vem acoplada, impregnada no recebimento da resposta aos seus questionamentos e tornam-se estupefatos, dado o estigma que um diagnóstico de câncer acarreta, semanticamente. É o que Antonieta Barbosa (2003) denomina de a "Síndrome do Câncer", pois quando uma pessoa é acometida da doença, há um forte impacto, não só sobre ela, mas sobre familiares e também amig@s (BARBOSA, 2003).

O câncer constitui um tabu, sendo esse vocábulo pronunciado à meia-voz ou através dos mais diversos epítetos, fato que pude observar e registrar em meu diário de campo, não só entre familiares e pacientes, mas na equipe de saúde também. Isso leva a uma luta antecipatória, todo um imaginário de cabeças sem cabelos, náuseas, vômitos, mutilações que perpassam nas (pré) visões desses familiares, além do pânico de perder o ente querido, haja posto a estreita ligação entre câncer e morte. Há uma definição social que aguarda o/a paciente diagnosticado/a com câncer e é necessário muito apoio e esforço cognitivo e social para desvincular-se desta definição. Berger e Luckmann (2007, p.99) relatam que "Tanto o conhecimento quanto o não conhecimento referem-se ao que é socialmente definido como

10 A transcrição é fiel à forma de falar da informante.

realidade e não a critérios extra sociais de validade cognoscitiva", e no caso de pacientes oncológicos, o conhecimento não científico associa-o à morte de imediato.

Você sabe que doença el@ tem?

Ester: Não. (Percebi a acompanhante assustada, como se fosse se comprometer, de algum modo, ao falar comigo)

Cristina: Eu creio que é o CA, né?! (Utilização de termos como CA, "aquela ou essa" doença é comum como mecanismos defensivos psicossociais das pessoas)

Fernanda: Quem pegou os exames dela fui eu, aí descobrimos que ela tá com câncer, câncer escamoso, invasor, aí fez a radioterapia, ficou estável, aí o médico marcou a cirurgia (...). Nisso faz nove meses que a gente tá aqui no Laureano, aí marcou outra cirurgia, mas o médico disse que não podia fazer porque o tumor dela tá muito avançado. A família soube e até hoje a gente sente muito, né?

Dona Nenê: Eu sei. É um câncer, né?!

Dona Laura: (...) num sei direito ainda. (Na resposta anterior, Dona Laura afirma que "nunca pensei chegar uma doença dessa na minha família", mas agora afirma não saber ao certo...)

Catarina: Sei. (Mas não demonstra nenhuma abertura para nomear a doença, o que me conduz a respeitar sua defesa egóica)

Beatriz: Câncer.

Aluísia: Câncer nos pulmão (sic).

Nas entrevistas, conversas e bate-papos¹¹ encontrei, basicamente, as mesmas respostas, com exceção das acompanhantes Ester e D. Laura, que não desejavam assumir que Matilde e Seu Jacó (respectivamente) estavam com câncer; os/as demais sabiam que doença acometia seus familiares e revelavam a dificuldade em serem cuidadoras desses/as pacientes. Em todos os depoimentos, há indícios de esperança, uns maiores, outros menores, mas há. Elias (2001) afiança que há quatro características específicas de enfrentamento da morte:

¹¹ Eu ia regularmente ao Hospital cinco vezes por semana por seis meses, de modo que me tornei conhecida de pacientes e cuidadoras, estabelecendo uma relação de parceria e camaradagem.

- Expectativa de vida, nas sociedades ocidentais, industrializadas, com uma longevidade tardia; a morte é cada vez mais encarada como um fato num longínquo devir;
- Morte como um estágio natural que pode ser adiado pelo progresso da ciência;
- A pacificação atual (?!), pois na Idade Antiga e Medieval as batalhas, corpo a corpo, produziam muito mais mortos; hoje, com as novas tecnologias bélicas, as baixas são reduzidas;
- O individualismo trazido pelo existencialismo. As pessoas se isolam "quais mônodas". O humano deve buscar *um sentido* para viver, mas, ao contrário dos existencialistas, esse sentido não está no interior, e, sim, nas relações sociais com as quais o sujeito se interconecta. (ELIAS, 2001, p.62).

Nos depoimentos apresentados, verifico uma predominância da perspectiva inicial do autor, para a qual a morte é cada vez mais encarada como um fato num longínquo devir. Mesmo familiares observando que suas pacientes estão muito mal, agonizantes, colocam esta morte como algo improvável. No discurso de Aluísia é perceptível, também, a visão de sentido da vida para a mãe no conjunto do grupo familiar, em que relata: "Mas a gente é a gente quer **ver ela pelo menos em casa**, né?! Tudo com a gente". (grifo meu).

Contudo a tônica é uma só, a exceção de Dona Nenê que admitirá a morte iminente do irmão, negar e negar que aquele@ enferm@ está agonizando. Ao modo com que são conduzidas as rotinas diárias do trabalho no HNL, os familiares insistem num discurso gasto, sem sentido, mas que à semelhança de uma ladainha, é repetido intermitentemente: "Ele vai sair dessa."; "Ela vai para casa."; "Estou até achando el@ bem melhor hoje." O que um discurso monocórdico e esvaziado de sentido.

El@ já tentou falar contigo sobre seu estado de saúde?

Ester: Nem tanto, porque ela não consegue falar, né? Mas ela já se lamentou muito, num acredita que tá numa situação dessa, principalmente ela que é cheia de vida, ela lamenta muito essa situação dela.

Cristina: Não, não, não, nunca tocou sobre esses negócios de estado de saúde, nada. Ele num conversa com a gente sobre isso não, mas ele tá ciente de que ele vai sair dessa.

*Fernanda: Já, já, a gente sempre conversa em casa, ela teve, **ela nunca pensa em morrer**, ela só diz que vai viver muito, que, que vai ficar boa, ela sempre diz pra mim, eu também digo pra ela e já não digo "não, mãe, num é assim, não". Eu sempre digo a verdade também assim, né, que ela vai viver, é.*

É importante fazer um parêntese aqui, pois a mãe dessa entrevistada (Fernanda), a paciente Matilde, nesta mesma tarde, havia pedido veneno à Fernanda, logo a negação da morte é um processo muito intenso e resistente. Eu estava lá, presenciei o episódio. No entanto, a filha me diz que a enferma nunca pensa em morrer! É como se houvesse uma imensa necessidade de me responder o politicamente correto! Olha, não sei como seria essa resposta fora das dependências do HNL; era muito complicado entrevistar essas pessoas externamente devido a seus horários de trabalho e outros compromissos, e confesso que não imaginei que a atmosfera do hospital poderia ter um peso tão significativo nas respostas.

Pelo que observei e registrei, há uma espécie de etiqueta social a ser seguida pel@s familiares, sem grandes possibilidades de abertura para outros discursos que não seja o vigente: a negação da morte. É um processo muito evidente com esse grupo, que é moldado e molda o comportamento considerado adequado ao que já está estabelecida como aceitável naquele espaço social, uma conformação às regras impostas pelas interações sociais entre familiares. O pacto do silêncio é uma norma estabelecida, quase inviolável.

As entrevistadas ao serem indagadas sobre o que era a morte para elas, foram unânimes em negar fornecendo respostas evasivas ou respondendo com brincadeiras e chistes. A única exceção foi de Dona Nenê que era uma pessoa muito espiritualizada, de modo que forneceu uma resposta mais profunda e realista em relação ao término da vida. Nas demais, negativas da morte foi a tônica. Mas elencando o que foi respondido, obtenho: *medo, fim, tristeza, vida, passagem*, e duas entrevistadas que negaram veementemente pensar na morte. Zaidhaft (1990, p.13) afiança que a morte dá medo e "não há razão para se envergonhar disso". Pensar a própria finitude é terrível, como

revela Ariès (1989, 1990, 2003); poderemos contestá-la, concebendo filhos, escrevendo livros, plantando árvores. Para Zaidhaft (1990), são mecanismos compensatórios que a ocidentalidade instituiu para *driblar* a morte.

Passo, agora, para as respostas d@s profissionais da saúde da Medicina, Enfermagem e Psicologia. Artigo qual a melhor maneira de conseguir a obtenção dessas entrevistas, em especial com profissionais da medicina. Decido ir ao consultório de pelo menos dois médicos, marco uma consulta e peço a participação. Obtive êxito na empreitada e isto me animou a abordar plantonistas dentro do próprio HNL. Foi menos complicado do que eu imaginara, muito embora deva declarar que obtive entrevistas de oito minutos de duração, em um consultório e outras de uma hora, no hospital. Com o pessoal da enfermagem, foi um pouco mais tranquilo e com o psicólogo obtive uma entrevista de mais de uma hora.

Confesso que é impressionante como o poder médico se impõe, pois eu ia, literalmente, "pisando em ovos", falar-lhes sobre a entrevista. Optei por seis profissionais da medicina, seis da enfermagem e um psicólogo. A intenção é exatamente poder fazer uma narrativa da experiência cotidiana com a morte e o processo de morrer d@s enferm@s atendid@s pela equipe, pois, como bem assevera Silva (2006, p.101) "A linguagem não dá conta do vivido; a lógica formal morde a própria cauda", de modo que minha função como pesquisadora é localizar, descrever as percepções comuns (ou não) do grupo sobre a temática, sempre atenta à entropia do social, e se há produção de sentidos novos sobre a morte e o morrer, além dos que apresento e advogo no escopo desse trabalho. Entrevistei cinco médicos e uma médica, seis enfermeiras e um psicólogo. Os locais foram, basicamente, três: consultório privado, o HNL e o ambulatório do Hemocentro da Paraíba.

É perceptível na fala d@s depoentes o desejo de cuidar, que se note bem, está impregnado de certo idealismo em enfrentar o câncer e a possibilidade de morrer que a ele vem atrelada. É importante recordar que a ideia de morte, para um/a profissional de saúde, vem justaposta ao sentimento de fracasso. A equipe só considera que obteve êxito com pacientes que saem curad@s. As faculdades preparam para a vida, tod@s @s entrevistad@s foram unânimes em me relatar que seus cursos não @s prepararam para lidar com a morte, de modo algum. Nem

medicina, enfermagem ou mesmo psicologia. Nenhum. E o sentimento de fracasso e impotência na equipe de saúde tem efeitos por demais maléficos, pois:

*(...) Quando a gente chega diante de um paciente que não tem condições de tratamento, que a gente manda para casa, para morrer, **a gente se sente numa impotência muito grande** (Dr. João Paulo¹², cirurgião torácico)*

*(...) **A gente se sente frustrado, até porque não tem o que fazer.** Você está ali, você fez um juramento, mas você fez uma faculdade e na faculdade 99,9% das vezes estão falando que você está estudando para poder curar ou ajudar alguém (...). Aí você não consegue nem curar, nem ajudar, né? Porque o FPT é você dar a qualidade terminal, né? Você não consegue ajudar pra terminar, entendeu? (Dr. João Lucas, Cirurgião Cabeça/Pescoço)*

(...) Assim, na Universidade, a gente aprende muito a lidar com a vida e com a doença. Mas, assim, a doença em tratamento. Mas com a morte em si, a gente não tem essa preparação. (Enfermeira Mirian)

*(...) Então, é até que pela parte dos profissionais, a gente tenta evitar entrar muito na enfermagem, o que se vê é isso, né? A enfermagem **ainda** vai mais. Mas, assim, a gente sente um desconforto muito grande por não poder proporcionar um alívio; e pela parte médica, a gente vê o quê? O médico, ele tenta fugir do paciente, ele não sabe lidar com aquilo. Ele não tem o que fazer, então ele tenta fugir; então ele esquece a visita, ele deixa por último, é sempre isso que se percebe. (Enfermeira Ana).*

Nas minhas observações e anotações sobre a enfermagem vinte e seis, consta exatamente isto: nunca tive oportunidade de ver médic@s, enfermeir@s por lá, apenas vi técnic@s de enfermagem e psicólogo. Klafke (1998) numa pesquisa com médic@s oncologistas indagou-lhes sobre esse afastamento d@ enferm@ FPT e obteve variadas respostas que resumidamente confluíam para a de um médico que apresento em seguida. Como há uma hierarquização muito evidente no processo de trabalho em saúde, com a categoria médica centrada no ápice de uma pirâmide de poder, nada mais natural que o corpo de enfermagem

12 Todos são pseudônimos para preservar a confidencialidade dos sujeitos de pesquisa.

acompanhar o comportamento médico. Além da negação da morte presente em nossa sociedade e que não permanece fora das ações de trabalho no hospital.

É extremamente difícil, porque você foge do assunto. As respostas são como um pneu patinando. Você tem uma tendência a não colocar as coisas de uma maneira clara, nessa situação onde já não tem mais nada a fazer. É diferente do início da doença onde você realmente tem que colocar as coisas de maneira mais objetiva (...). Na fase onde a doença é extremamente refratária, onde não existe mais possibilidade, a tendência é o médico se esquivar, sair fora. O doente pergunta uma coisa e você responde outra. É difícil. Difícil de manipular este tipo de doente. É difícil conversar (KLAFKE, 1998, p. 40).

Evidente que ess@s profissionais devem ir à referida enfermaria, em algum momento, mas o que familiares me relataram foi o espaçamento e a brevidade das visitas. O Isolamento, como é chamado a enfermaria, realmente traz em si uma exclusão social muito forte e evidente; o que leva a uma certa união das famílias que ali se encontram em um forte processo de sociação.

Stedeford (1986, p.95), referindo-se ao papel da psiquiatria em um hospital oncológico, relata que: "Quando esses enfermos se sentem mais valorizados e amados, podem tornar-se menos exigentes, começando a ser mesmo estimados. Faz parte da conduta (...) ajudar a equipe a compreendê-los". Existe no HNL um grupo de apoio psicológico para a equipe de profissionais, porém, apenas seis pessoas comparecem. Por outro lado, obtive a informação de que:

(...) No hospital, hoje a gente tem alguns funcionários que estão afastados por depressão, por consequências na área em que trabalha. (Dr. João Lucas, Cirurgião Cabeça/Pescoço)

*Ah, pra mim é muito ruim, é muito ruim. Veja bem, o paciente oncológico não é um paciente da clínica médica, que ele vem, permanece pouco tempo e vai embora. É um paciente que você termina se apegando, termina criando um vínculo, né? Até de amizade. Então você se apega ao paciente. **Então eu sofro**, e já teve um paciente que, quando ele morreu, eu não quis subir mais pra enfermaria, eu passei três dias pra ir à enfermaria. Aí um colega meu, que tem mais experiência, é já de idade, é médico, disse: "Não, não*

pode ser assim. Você não pode se envolver dessa forma. Você tem que encarar melhor porque senão você vai se quebrar emocionalmente, né? (Dra. Sara, Hematologista).

Anna Pitta, em seu livro *Hospital, dor e morte como ofício* (2003), relata que o sofrimento social foi, na última década do século XX, o carro chefe de pesquisas da Antropologia, Sociologia, Psicologia Social, Medicina, entre outras áreas do saber preocupadas com a qualidade de vida e organização dos processos de vida e trabalho que levam tantos/as a um grau de insatisfação e desprazer incompatíveis com a missão de construção de identidades, trocas intersubjetivas e desenvolvimento do processo criador que se espera do trabalho na vida.

(...) Então eu acho que deveria sentar, todo mundo, uma vez por mês, e discutir: Quem é que está internado esse mês? Vamos conversar. Qual é o real prognóstico desse paciente? Porque, na verdade, você acaba se preparando para o que virá (...). Porque cada profissional acho que enxerga de uma maneira diferente. O médico vê a morte diferente, principalmente, do Nutricionista, do Assistente Social, que não estão tão ligados ao paciente como o médico e o enfermeiro. (Enfermeira Ana)

*(...) Porque eu fiz residência na Beneficência Portuguesa, em São Paulo, em Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica e depois Cirurgia de Cabeça e Pescoço, que é uma cirurgia muito mutiladora. Então, lá, tinha uma equipe multiprofissional: psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e um cuidador, uma pessoa para cuidar depois, para que ele não tivesse um choque (...). Se não passasse pela equipe multidisciplinar que a gente chamava, não fazia a cirurgia. Aqui, no HNL, a gente vê a notícia de um paciente que desistiu, desistiu porque faltou esclarecimento, não se internou. Eu acho que é porque está faltando entrosamento. Eu acho que é uma falha minha, pode ser dele, só, mas talvez eu tenha deixado a desejar na consulta. Passou por mim e eu já marquei a cirurgia (...). Ele não sabe nem o que vai ser feito. Eu disse: "Ó, a cirurgia tem risco, vou arrancar tua orelha, né e tal, tal, tal. Eu **sozinho** explicar isso uma vez? Duas vezes? Por mais que eu explique, ainda mais para uma pessoa de um nível sociocultural mais baixo, fica mais difícil ainda, entendeu? E assusta. Aí eu já conversei inclusive com as psicólogas, fisioterapeutas, e fonoaudióloga para a gente estar montando uma equipe, para o paciente passar para mim, tem que passar por elas, agora, igual ao que era na residência. (Dr. João Mateus, Cirurgião)*

A visão desse médico foi bem particular; só na fala dele encontrei uma noção bem clarificada de como deve funcionar uma equipe multiprofissional. O psicólogo me relatou ter encontrado forte resistência por parte de alguns urologistas, os quais marcavam cirurgia de amputação peniana sem encaminhamento para o serviço de psicologia do hospital. Ele afirmou que realizara um trabalho de conscientização junto a profissionais mais resistentes e que lograra êxito. Tod@s @s entrevistad@s foram unânimes em afirmar que @s pacientes ficam a par de qual é sua doença, através de processos sociativos com pacientes mais antig@s, como:

(...) Eles se conhecem, tem o setor de serviço social, porque o tratamento é contínuo, tem fisioterapia, que são os mesmos pacientes que todo dia estão sentadinhos em frente à sala da fisioterapia, então eles têm aquele contato quase que diário, né? (Enfermeira Maria)

*(...) Eles sabem, não tem que a gente lapidar; mas de uma maneira eles sabem (...). Porque o corredor é que dá as informações; entre eles, entre os próprios pacientes. Às vezes, o primeiro paciente que chega aqui, a gente já sabe o que ele vai tomar (Setor de Quimioterapia), **ele diz assim: Doutora tem a vermelha? Porque eu já sei que a vermelha faz cair o cabelo. Quem lhe disse, o médico? Não, lá fora.** (Enfermeira Rachel)*

(...) Percebe, até pelo contato com os demais pacientes, porque de tanto eles virem aqui, né? Até mesmo de contato que eles têm com os outros pacientes. Então eles vão vendo aquele paciente que era melhor, que está naquele estado mais fraquinho, mais definhando, mais caquético que eu digo, né? Então eles vão percebendo aquilo ali e que pode até procurar: "Cadê "aquela conhecida" minha que não veio mais?" Ou, "Aquele conhecido que não encontrei mais aqui?!" Aí eles... Foi a óbito e eles já imaginam isso; eles conversam, trocam informações, de tanto irem e virem. (Enfermeira Maria)

Ao indagar ao grupo entrevistado: Você informa ao/à paciente que el@ está com câncer? Esta foi uma das questões mais polêmicas que apresentei para o grupo de treze entrevistad@s. A grande maioria disse que não e apresentou seus motivos, e uma minoria disse que sim. Com um diferencial de que a competência de fornecer o diagnóstico é da

medicina. Se @médic@ optar por não revelar, o pessoal de enfermagem e psicologia não poderá fazê-lo, fato que, muitas vezes, coloca o segundo grupo em situações angustiantes, como apresento em muitos relatos a seguir. No entanto, início com a fala dos médicos e da médica.

De início, não! De início, eu evito informar. Eu acho que é um impacto muito grande para o paciente chegar à primeira consulta... Em geral eu não digo ao paciente no primeiro contato; eu não digo. Fazemos todos os exames e, confirmado no anatomopatológico, eu ainda protelo um pouco em determinado paciente. Tem paciente que, se for dizer que está com câncer, é um impacto muito grande para ele, de imediato! Tem paciente que não tem mais indicação de cirurgia, manda para a quimioterapia, ou vai ter que fazer radioterapia, se for o caso, e esse paciente, no decorrer do tratamento (...), eles vão aceitando mais facilmente. E chega a um ponto que você pode chegar lá e dizer; à família eu sempre digo. À família, em um primeiro momento, eu sempre digo. Aí determinado paciente não tem condições de absorver uma informação dessas. (Dr. João Paulo, 60 anos, Cirurgião Torácico, 35 anos de formado).

Dr. João Paulo, essas condições a que o senhor se refere são psicológicas ou condições culturais?

Mais psicológicas. Eu acho que as pessoas que têm uma formação, nível social e cultural mais baixo, uma classe mais baixa, culturalmente falando, ele absorve mais fácil. (...) Absorve muito mais fácil. Porque ele não tem noção da gravidade. As pessoas religiosas, né, as pessoas que têm um apego grande à religião, cultua muito a religião, um apego muito grande a Deus, a uma segunda vida, absorve mais fácil o impacto de uma notícia dessas, do que de um ateu, do que de uma pessoa que tem um nível cultural melhor, do que de uma pessoa que tem um alcance e uma visão melhor. Ele sabe dos problemas, ele sabe das consequências. (...) Tem uma passagem (bíblica) que gosto muito de citar: Salomão, o mais sábio dos reis, quando estava para morrer, ele tinha uma biblioteca enorme, cheia de pergaminhos. Ele chamou o filho dele e aconselhou que queimasse tudo, porque quanto o homem mais sabe, mais ele sofre!

Embora ele afirme que são as questões de ordem psicológicas que afetam @ paciente, apresenta argumentos, eminentemente, socioculturais, como a questão da escolaridade e religiosidade, fato que me deparei, sobremaneira, pois há uma ligação entre religião, pobreza e falta de cultura, num sentido restrito da palavra.

Ao paciente, geralmente não. *Eu informo aos familiares. Tem que ser comunicado ao responsável legal do paciente ou à esposa, ou ao esposo, à mãe, ao pai. Dificilmente diretamente ao paciente. **Quase nunca.*** (Dr. João Thiago, Cirurgião Geral e Plantonista do HNL).

Eu respeito à família, respeito o paciente, mas se ele me pergunta, eu nunca nego. Dr. João Matheus, 32 anos, 09 anos de formado. (Cirurgião Geral, Oncológico e de Cabeça e Pescoço).

Quando você diz: “Respeito à família”, o que realmente quer dizer?

Porque, às vezes, eles pedem para a gente não comunicar, porque a gente encontra pacientes em todas as fases do tratamento, aqueles iniciais, aquele que vem pela primeira vez e o tumor estão no início, já está no final, aquele que veio saber já no início mesmo da doença, ou no final, entendeu? Então são várias fases que a gente pega, né? (...) Depende muito do nível cultural do paciente. (...) Porque tem paciente que acredita muito em Deus, que vai para o céu, que, né, que acha que não tá com a doença, que vai ficar curado. Eu acho que tem deixar ele acreditando mesmo, entendeu? Não tem por quê. (Dr. João Matheus, 32 anos, 09 anos de formado. (Cirurgião Geral, Oncológico e de Cabeça e Pescoço).

Bom, ele tem que confiar primeiramente nele, e ele só vai confiar em mim se eu falar a verdade, né? Claro que se ele tiver um diagnóstico ruim eu não vou dizer de cara a ele, que ele vai morrer. Primeiro porque eu não sei o dia que cada um vai morrer. Então eu digo que ele tem uma doença neoplásica e que a gente vai tentar... Que ele tem chance de cura e que a gente vai lutar por isso, e que ele tem que ter fé, e que ele tem que se empenhar do mesmo jeito que eu vou me empenhar. (Dra. Sara, 31 anos, 12 anos de formada, Hematologista).

Olha essa é uma decisão muito complicada, principalmente pela educação do povo brasileiro, é um pouco delicada. Eu, geralmente, discuto com a família e peço a intervenção para que ela entre num consenso; todos os familiares em saber se querem que eu fale ou não, ou se eles falam ou não, certo? O que tá enraizada na memória do brasileiro é que, quando você está com câncer, você não tem cura. (Dr. João Lucas, 46 anos, 19 anos de formado, Diretor Clínico do HNL e Cirurgião cabeça e Pescoço).

Câncer está ligado à morte?

À morte, não tem cura, que quando mexe, piora, então isso realmente causa certo transtorno nas diversas camadas sociais que a gente tem, principalmente na mais baixa, que é a com menos nível intelectual. Porque, quando você fala que ele tá com câncer... pra você ter uma ideia, nem a palavra câncer ele fala. "Doutor, eu não tô com aquela doença?" Ele procura uma fuga porque ele não quer ouvir essa palavra de jeito nenhum. Então eu deixo muito ao encargo da família. Se a família achar que o paciente tem condições de saber da notícia, da confirmação da doença, ou achar que eles não têm condição de explicar, aí eu realmente falo. A gente lida, às vezes, somente 5 minutos, vamos dizer, grosseiramente. O doente e você, e você convive com seu pai há vinte anos, sabe de todas as reações dele. Então eu tento fazer um jogo em cima disso pra eu tomar a decisão certa (...). Então eu sempre 'empurro' para a família, entre aspas. Eu questiono à família, ou mesmo a família já chega antes e diz: "Doutor, não fale o que ele tem não". (...), mas aquela pessoa ignorante, pouco esclarecida, se não aceitar porque sabe que tem câncer, acha que vai morrer e pronto, acabou-se. (Dr. João Lucas, 46 anos, 19 anos de formado, Diretor Clínico do HNL e Cirurgião cabeça e Pescoço).

Pelos depoimentos, apenas um médico disse taxativamente que informa ao/à paciente seu diagnóstico. Contudo, já apresentei neste texto que ess@s mesm@s pacientes, através de processos sociativos, ficam cientes de sua doença, no espaço do HNL. Concluo que há um certo jogo, pois a informação virá, e, como bem o disse a Dra Sara, a credibilidade d@ médic@ assistente ficará comprometida, como a da família também, posto que @ paciente ficará ciente de qual doença está em tratamento. Mas as pessoas que lhe são mais significativas estão lhe sonhando informações, como sua família, em especial as

cuidadoras e a equipe de saúde, que trata a doença e não @ doente. Informações, essas, por demais preciosas. Há um desconhecimento de que ess@ paciente não tem apenas um corpo a ser tratado, mas é um ser biopsicossocial que necessita ser curad@ e cuidad@ por inteir@, o que inclui sua psique, suas angústias diante de um corpo e de um grupo de enferm@s que lhes dão determinadas informações, familiares e profissionais de saúde que lhes reportam a algo diametralmente oposto. Isto é, até certo ponto, alucinante.

Podem até questionar à equipe de enfermagem, mas, como eu afirmei, não compete a esta fornecer diagnóstico. E à equipe médica @ paciente não ousa questionar, pois, @s mesm@s estão investid@s de uma inquestionável autoridade que inibe as pessoas. Registrei as inúmeras vezes em que familiares e/ou pacientes vieram até a mim, esclarecer dúvidas que ficaram pendentes, e eu não podia, nem sabia responder-lhes. Aconselhava-@s a perguntarem quando da visita médica, mas as dúvidas permaneciam lá. No meu retorno à enfermaria, as mesmas perguntas me eram feitas.

Mas a maioria deles eu acho que sabe. A grande maioria. Principalmente com o nível sociocultural mais alto, né? Porque ele sente, ele sabe, ele pode não querer saber daquilo ali, não querer ter. Mas ele não quer nem ouvir. Tem uns que não querem ouvir, não querem nem ouvir a palavra câncer, né? a maioria nem quer, né? (...). Não quer, ele quer, porque ele sabe que na verdade ele às vezes tivesse comentado que câncer é uma droga, mas quando tá com ele, ele vai querer ouvir só notícia boa, entendeu? (Enfermeira Raquel).

É possível, também, verificar a ligação câncer/morte de modo bastante empírico, como nos relatos apresentados, onde fica expresso o temor de informar o diagnóstico ao/à paciente, por parte de médic@s e familiares. Mas este mecanismo se revela inútil, pois @ paciente chegará a esse diagnóstico por outr@s enferm@s, ao longo do tratamento a que for se submeter. As conversas no corredor, a espera nas salas de rádio, químico e fisioterapia são pontos de encontro, nos quais angústias são partilhadas, e informações são socializadas. É um dividir de significados, num forte traço de união que o estar- -com câncer traz.

Outro ponto a ser destacado é a crença que @ paciente tem o dever de cooperar com seu tratamento e que, caso isto não ocorra, parte do fracasso lhe é cabido. É uma visão, até certo ponto, cruel, está de imputar a alguém a responsabilidade pelo sucesso de procedimentos terapêuticos contra o câncer, pois essas mesmas pessoas, na própria fala das entrevistadas, já vêm com sua psique muito abalada.

(...) Olha, em alguns casos, sim. Porque pode até ajudá-lo diante de ele ter um preparo. Acho que depende do paciente ter um preparo psicológico pra receber essa informação, entendeu? Porque quando o paciente é mais, é mais leigo, ele encara melhor as coisas, leigo na gravidade do problema, da doença. Ele encara as coisas com maior naturalidade. Como a gente comenta aqui, eu e minhas colegas, todo mundo comenta, nessas horas de uma notícia dessas, de você tá com um diagnóstico de câncer, é melhor ser um leigo, um leigo no assunto, porque o paciente orientado, o paciente vai pesquisar, o paciente que vai procurar saber sobre sua doença, eu acredito que ele sofre mais, e ele vai sofrer antecipadamente, e não vai ajudar no tratamento dele no momento. O fato de ele ser leigo, não. O paciente não vai em busca de pesquisar sobre o que vai ter na quimioterapia, as reações da química, da rádio, ele vai sofrer com muita antecipação, entendeu? (Enfermeira Izabel)

Não, não entendi! Como @ paciente pode ajudar se será peg@ de surpresa? Se não há o estabelecimento de processos sociais interativos, onde a informação flua, medos sejam desmistificados, e o câncer perca seu estigma e seja compreendido como uma doença grave, mas com possibilidades reais de cura? Também não entendo submeter uma pessoa à quimioterapia, radioterapia sem informar-lhe das reações e efeitos adversos desses tratamentos: da alopecia, das queimaduras. É preciso informar de modo adequado, ou seja, discorrer sobre as medicações antieméticos, das pomadas, cremes que aliviam as queimaduras causadas pela radioterapia; o/a paciente ficará informado@ e segur@ de que algo será realizado para seu conforto, após as aplicações de tratamentos tão agressivos.

Passo, então, para uma das perguntas mais difíceis de ser respondida: Se um/a paciente está Fora de Possibilidades Terapêuticas –FPT- você considera que esse/a deve ser informado@ de suas reais

condições de vida? Esta é uma discussão bastante conflituosa, Kübler-Ross, (1975, 1979, 1991, 1998, 2002, 2003, 2004, 2005); Aisengart (2004); Esslinger (2004); Dastur (2002); Gutierrez (2003); Zaidhaft (1990); Pimenta; Mota; Cruz; (2006); Stedeford (1986), Kastenbaum e Aisenberg (1983) são autor@s, dentre vári@s outr@s, que defendem a informação ao/à moribund@, mas preservando a esperança; uma esperança, senão de cura, mas de viver os dias que lhe estão reservados da melhor maneira que possa haver, com conforto físico, apoio familiar e profissional. Enfim, com as condições de todo um acompanhamento necessário, fornecido por uma equipe multiprofissional: médic@ assistente, enfermeir@, psicólog@, assistente social e religiosa, se @ paciente assim o desejar. Kübler-Ross sempre trabalhou com um serviço de capelania.

As respostas a serem apresentadas trazem, em si, um núcleo comum: certa falta de discernimento entre curar e cuidar, muit@s d@s profissionais entrevistad@s afirmam não dizer por não ter o que fazer. Autoras/es acima defendem que haja franqueza, se @ paciente sinalizar esse desejo, mas conservando-lhe a qualidade de vida no sentido de um estímulo para que cada dia seja usufruído como uma dádiva e o desconforto pela doença sejam reduzidos ao mínimo pelo suporte medicamentoso contra a dor e o apoio profissional e familiar.

perceptível na fala d@s depoentes esse desejo de cuidar, que se note bem, está impregnado de certo idealismo em enfrentar o câncer e a possibilidade de morrer que a ele vem atrelada. É importante recordar que a ideia de morte, para um/a profissional de saúde, vem justaposta ao sentimento de fracasso. A equipe só considera que obteve êxito com pacientes que saem curad@s. As faculdades preparam para a vida, tod@s @s entrevistad@s foram unânimes em me relatar que seus cursos não @s prepararam para lidar com a morte, de modo algum. Nem medicina, enfermagem ou mesmo psicologia. Nenhum.

(...) Não, diante desse fato, eu acho que é muito complicado você chegar pra um paciente e dizer pra ele: "Eu não tenho mais o que fazer por você" (...) Eu acho que o paciente se acaba mais rápido. (Enfermeira Mirian)

(...) Não, eu não digo! Isso vai cair naquele mesmo caso que eu falei lá na frente. O paciente vai sentindo que tá terminal. Ele vai sentindo que não tem mais condições.

aquele paciente que toma remédio e não melhora (...). E a natureza dá essa condição a ele, vai sentindo que a sua fase tá acabando, que a velinha tá apagando. Então, pra que você chegar, se é um paciente terminal, se vai morrer daqui uma semana, é difícil, é cruel demais. (Dr. João Paulo).

(...) É difícil, mas eu acho que sim. Acredito que sim. Ele deve saber pra que ele possa ter chances de fazer coisas que ele não fazia, de aproveitar, né? a sua vida, nos momentos finais, da melhor forma. (Enfermeira Ana)

(...) Aí depende muito de cada um. Tem paciente que é suficientemente forte para aceitar, outros não. Então depende de cada um. Tem que sentir conversando com o paciente se ele está pronto para aquela informação. Se não estiver, eu não dou (Dr. João Thiago).

(...) Eu acho que assim, isso que a gente sente, no meu caso eu sinto, se eu devo, se aquele paciente deve saber ou não. Se ele quer saber ou não, entendeu? Eu acho que depende muito do nível cultural do paciente. (...) Um nordestino, porque eu fiz residência em São Paulo, eu tava já no, terminando cirurgia geral e tava no começo de oncologia cirúrgica, né? E aí, ele, ele chegou pra lá, pra preceptora, com a mulher, né? Já tinha dois filhos, era jovem trinta e poucos anos, e tava com icterícia, um tumor avançado de fígado, né? e que, tá gravando? (respondo que sim) E aí ele não tinha mais possibilidade terapêutica e cirúrgica (...). Aí ele foi pra quimioterapia, e na quimioterapia disseram: "Olha, não pode fazer quimioterapia, porque já tá com icterícia." Como é que vai fazer se a droga é hepatotóxica? Se o metabolismo hepático estava comprometido, ele não tinha como funcionar. Aí eu tive que falar isso pra ele, né? aí eu falei. Ele me olhou assim, com a esposa dele, ele olhou pra mim e disse: "Meu Deus, Doutor, o que é que eu vou fazer agora?" Era nordestino, tinha duas filhinhas pequenas, e isso me abalou muito, né? E o que é que vou fazer, eu não sei o que vou fazer, né? (Dr. João Mateus).

Então indaguei: Veja bem, ao longo da sua vida profissional, já aconteceu de um/a paciente ser informad@ e reagir bem?

(...) Já, já. Reagir bem e tentar lutar contra aquilo, já. Tem um caso aqui recente mesmo, até de uma jovem, de quarenta anos, que o médico chegou, até o próprio médico, por ser cirurgião, disse que não ia fazer a cirurgia porque ela já era considerada FPT. E a paciente correu e foi atrás de

médico e lutou e quis que o médico a operasse, mesmo sabendo da situação dela. (Enfermeira Izabel)

(...) Não necessariamente, porque ele percebe que as coisas não estão tão bem assim, né? Eu acho que o câncer favorece. O câncer é uma enfermidade que vai favorecendo essa elaboração da morte (...). Eu acho que a morte em Oncologia é diferente, por exemplo, de uma morte súbita, das cardiopatias, né? O câncer já é mais esperado, né? É tanto que eu acredito que pra gente também, enquanto profissionais que lidam com pacientes na Oncologia, isso também vai nos ensinando muito a lidar com, não só com a possibilidade de morte do paciente, mas também a lidar com a nossa própria terminalidade(...) eu também sou mortal, né?! (Dr. João Pedro, Psicólogo)

(...) Não, porque não vai trazer nenhum benefício para o paciente. Não vai mudar a situação dele; o que vai fazer é que ele vai entrar em depressão. Ele pode até tentar suicídio. Então eu acho que não vale a pena, não vai fazer nenhum benefício, portanto eu me nego a dizer. Eu não digo, eu falo para os familiares, eu esclareço e continuo dizendo pra ele que a gente vai e eu vou lutar, mesmo não tendo possibilidade terapêutica, mas o que eu puder fazer por ele, eu vou continuar. (Dra Sara Hematologista)

(...) Depende do emocional desse FPT. Se ele é um paciente que tem condições de suportar uma coisa dessas... Só avaliando caso a caso, porque eu mesma já trabalhei só com pacientes FPT. Tinha paciente que suportava, outros não. Outros se você contar vai acelerar ainda mais o processo, entrar em depressão. (Enfermeira Rachel)

(...) Sim, concordo, deve ser informado até para colaborar com essas medidas terapêuticas, que podem não ser salvadoras, mas que vão alterar a qualidade de vida. Eu sempre informo ao paciente o que está acontecendo e o que vai ter que fazer (...). Isso acontece quase todo dia. (Dr. João Marcos)

É perceptível identificar o medo em enfrentar os sentimentos de pacientes FPT, nos relatos supracitados. Na fala do psicólogo, há um dado relevante: ele coloca que, ao tratar diariamente com a morte, profissionais do HNL terminam por refletir sobre ela e se depararam com sua própria mortalidade como possibilidade real. Em meu Diário de Campo, tenho registrado a indignação com a morte por parte desse grupo entrevistado. É como se ela fosse algo absolutamente

anômalo à vida. Há uma marginalização absoluta do fenômeno e, de acordo com Bauman (2008), há duas formas de realizar esse afastamento da morte, como fato real e inexorável da existência humana, que são: a desconstrução e a banalização da morte. Na primeira estratégia, a morte é contingencial. Morre-se porque estava no voo errado, contraiu a infecção errada, ou seja, tudo é reduzido à necessidade de oportunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro dos aspectos da condição humana, a morte apresenta um papel fundamental. O ser humano é o único animal que tem consciência de sua finitude. Os acontecimentos da (pós)-modernidade e a formação das sociedades contemporâneas promovem uma mudança na relação do ser humano com a morte, tornando-se mais problemática e carente de significado. Duas características fundamentais da contemporaneidade são apontadas por Simmel, um clássico da teoria social, o qual apresenta pistas para se pensar a nova (in)compreensão da morte: os processos de racionalização e de individualização.

A sociedade cientificista, que lega à medicina o poder de decidir saberes e fazeres sobre corpos aos seus cuidados coloca-a numa situação de luta corpórea com a morbidade que acomete o enfermo. No hospital, passa a ocorrer o aglutinamento de pacientes, fato que contrasta com o tempo em que um médico da família se deslocava até a casa do doente para atendimento. A verticalização do poder na área de saúde, com o profissional de medicina no topo, é a regra, não a exceção. Na literatura que subsidiou essa discussão, essa foi uma constante por mim encontrada. E, nas falas dos/da médicos/médica entrevistad@s é possível encontrar esse perfil, que está cristalizado e deve ser discutido na própria formação médica, na formulação dos currículos acadêmicos. É algo muito importante de ser avaliado pelas instituições acadêmicas da área de saúde, pois a inexistência de uma equipe multidisciplinar nos hospitais, fato que ocorre também no HNL, e essa divisão taylorista do trabalho prejudicam o paciente, que tem seu corpo segmentado cartesianamente.

No HNL encontrei pacientes FPT cientes de sua situação e cuidadoras e profissionais da saúde negando sistematicamente a morte

não só a morte daqueles como a sua própria. É possível afirmar que essa sociedade pós-moderna, não consegue dar resolutividade à finalidade da vida. Portanto, transformar a vida cotidiana se associa a mudar as visões de mundo, que caminham juntas, entrelaçadas. Da mesma forma que é no cotidiano que se absorvem valores e uma visão de mundo, se a visão de mundo muda, o cotidiano se transforma; o inverso também pode acontecer, quando o cotidiano muda, a visão de mundo se transforma. E com ela a maneira de lidar com a morte e a vida.

REFERÊNCIAS

AISENGART, Rachel Menezes. **Em Busca da Boa Morte** - Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

ARIÈS, Philippe. **O Homem Diante da Morte**, vol. 1, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1889.

_____. **O Homem Diante da Morte**, vol. 2, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARBOSA. Antonieta. **CÂNCER: Direito e Cidadania**. São Paulo: Arx, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

BERBER, Peter L. **Perspectivas Sociológicas: Uma Visão Humanística**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CHIATTONE, Júlio José. **A Morte** - Uma Abordagem Sociocultural. São Paulo: Moderna, 1996.

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo Alves; D'ASSUMPÇÃO, Gislaine Maria; BESSA, Halley Alves. (Orgs). **MORTE E SUICÍDEO**- Uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1984.

DASTUR, Françoise. **A Morte**. Ensaios sobre a Finitude. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador**. vol. 1, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. **O Processo Civilizador**. vol. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. **Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1994.

_____. **Solidão dos Moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESSLINGER, Ingrid. **De Quem é a Vida Afinal?** São Paulo: Casado Psicólogo, 2004.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GUTIERREZ, Beatriz A. Ozello. **O Processo de Morrer no Cotidiano do Trabalho dos Profissionais de Saúde de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva**. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2003.

KASTENBAUM, Robert; AISENBERG, Ruth. **Psicologia da Morte**. São Paulo: Pioneira, USP, 1983.

KINCHELOE, Jve. **Pesquisa em Educação** - Conceituando a Bricolagem. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KLAFKE, Terezinha Eduardes. O Médico Lidando com a Morte: Aspectos da Relação Médico Paciente Terminal em Cancerologia. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. Da **Morte**: Estudos Brasileiros. 2 ed. Campinas, SP. Papirus, 1999.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **MORTE**: Estágio Final da Evolução. Rio de Janeiro: Record, 1975.

_____. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1979.

_____. **A morte:** um amanhecer. São Paulo: Pensamento, 1991.

_____. **A Roda da Vida.** Rio de Janeiro: GMT, 1998.

_____. **Sobre a Morte e o Morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **O Túnel e a Luz.** Campinas, SP: Verus, 2003.

_____. **Os Segredos da Vida.** Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

_____. **Viver Até Dizer Adeus.** São Paulo: Pensamento, 2005.

KOURY, Mauro G. Pinheiro. **Sociologia da Emoção.** O Brasil Urbano sob a ótica do luto. Petrópolis: Vozes, 2003.

MORAES FILHO, Evaristo de. **SIMMEL.** São Paulo: Ática, 1983.

PIMENTA, Cibele A. de Mattos; MOTA, Dálete D. C. de Farias; CRUZ, Diná de A. L. Monteiro. **Dor e Cuidados Paliativos** - Enfermagem, Medicina e Psicologia. Barueri, SP: Manole, 2006.

PITTA, Ana. **Hospital** - dor e morte como ofício. 5. ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

SIMMEL, Georg. **Questões Fundamentais da Sociologia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

_____. A MetrÓpole e a Vida Mental. In: VELHO, O. G. **O Fenômeno Urbano.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1973.

SILVA, Juremir, Machado da. **As Tecnologias do Imaginário.** Porto Alegre: Sulina, 2006.

STEDFORD, Averil. **Encarando a Morte**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

VANDENBERGHE, Frédéric. **As Sociologias de Simmel**. Bauru, SP. EDUSC; Belém: EDUPFA, 2005.

ZAIDHAFT, Sérgio. **Morte e Formação Médica**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Sales, 1990.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 07

NOVAS TECNOLOGIAS E ENVELHECIMENTO

ANNA QUIALHEIRO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo em ritmo acelerado nos últimos anos. Essa transformação demográfica vem acontecendo simultaneamente à imersão tecnológica, principalmente na comunicação entre os idosos e no monitoramento da saúde. O uso da Internet também aumentou nos últimos dez anos, difundindo-se como estratégia de informação e comunicação. Está cada vez mais inserido no cotidiano das pessoas, inclusive entre os idosos.

A inclusão digital facilita o acesso à informação em saúde e pode contribuir para comportamentos de autocuidado e para a tomada de decisões informadas sobre saúde. O uso de internet está também associado à independência funcional, a melhoria da função cognitiva e a melhor saúde mental. Porém, os idosos, ainda constituem o grupo de população excluído da sociedade da informação e comunicação com recursos de internet. Estudos sobre o uso de mídia social e seu efeito na saúde de idosos mostram um impacto positivo por meio de sua capacidade de manter os idosos cognitivamente engajados, melhorar a comunicação em saúde e aumentar a conexão social.

Em média, 49% dos europeus com 50 anos ou mais utilizam a Internet, embora os resultados variem entre os 17 países inquiridos. Croácia (27%) e Dinamarca (83%) foram os países que apresentaram resultados extremos em relação ao uso da internet entre a população europeia. De acordo com a pesquisa de Tecnologia da Informação e Comunicação em Domicílios no Brasil (TIC Domicílios), houve um crescimento acelerado do uso da Internet neste país. O acesso à Internet por idosos brasileiros, exclusivamente por smartphone, aumentou de 20% em 2015 para 65% em 2019. Essa população utilizava a Internet principalmente para enviar mensagens, usar redes sociais, fazer videochamadas e pesquisar produtos e serviços.

Estudos mostraram que a pandemia por Covid-19 agravou o isolamento social atingindo principalmente a saúde mental da população, especialmente com idade acima de 45 anos, aumentando a vulnerabilidade social.

Com a popularização do smartphone, a substituir os computadores, as possibilidades de acesso à internet cresceram substancialmente.

Muitos indivíduos que estavam excluídos digitalmente passaram a ter um equipamento que permite formas de comunicação previamente conhecidas (telefone) e outras que nem todos dominam por exigir o recurso a aplicações disponíveis online, ao alcance da mão.

Neste contexto, tornam-se cruciais os estudos que possam identificar o acesso e o comportamento dos idosos frente ao uso desta tecnologia. E também projetos que incluam intervenções para melhorar a literacia e as competências digitais da população idosa com risco de maior isolamento social.

Anna Quialheiro

A UTILIZAÇÃO DA INTERNET DEPOIS DOS 60+ ANOS: PRINCIPAIS CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DE VIDA

PATRÍCIA SILVA

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal
pmariasilva@ese.ipvc.pt;

ALICE DELERUE MATOS

Departamento de Sociologia, Instituto De Ciências Sociais, Universidade do Minho,
Portugal, adelerue@ics.uminho.pt;

ROBERTO PECINO MARTINEZ

Departamento de Psicologia Social, Universidade de Sevilha, Espanha rmpicino@
us.es;

RESUMO

O estudo da Qualidade de Vida (QdV) dos adultos mais velhos centrou-se, durante muito tempo, nas determinantes sociodemográficas, económicas e de saúde. A internet redesenhou o quotidiano dos indivíduos, transformando-se num dos principais meios de comunicação pelo que é necessário que a pesquisa tenha em consideração, para além das determinantes mencionadas, a eventual importância desta tecnologia para a QdV. Este estudo visa, precisamente, compreender de que forma a utilização da tecnologia influencia a QdV dos mais velhos. A amostra deste estudo é constituída por 35 adultos de 60 e mais anos, utilizadores da internet e enquadrados em Universidades Séniores do Norte de Portugal, que responderam a uma entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciam o papel positivo da internet, quando utilizada como meio de comunicação, na QdV dos adultos mais velhos, mas revelam também que diferentes tipos de utilização da tecnologia contribuem, de forma diferenciada, para esta QdV.

Palavras-chave: Internet, Qualidade de vida, Idoso, Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

A utilização da internet na Sociedade em rede redefiniu fortemente a forma como os indivíduos interagem. Contudo, a sua utilização por adultos mais velhos, em alguns países da Europa, como Portugal, ainda se debate com inúmeros obstáculos (SILVA *et al.*, 2017; SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2021a), apesar da literatura ter identificado múltiplas vantagens na sua utilização. Mais concretamente, o recurso a esta tecnologia está relacionado com melhor cognição (KAMIN; LANG, 2018) e com menor sintomatologia depressiva (SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2022). Concorrendo para o desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao envelhecimento (HILL; BETTS; GARDNER, 2015), a internet também facilita a realização de algumas atividades diárias como, por exemplo, fazer compras e gerir as finanças pessoais (DIAS, 2012) e permite o acesso a informações bem como à participação em atividades de lazer online (AGGARWAL; XIONG; SCHROEDER-BUTTERFILL, 2020).

Os estudos têm destacado a importância desta tecnologia para a Qualidade de Vida (QDV) dos adultos mais velhos (KHALAILA; VITMANSCHORR, 2018; SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2018) sobretudo na esfera social, devido ao forte impacto que a tecnologia pode ter nas redes sociais (ANTONUCCI; AJROUCH; MANALEL, 2017). Neste âmbito, a maior parte das investigações destacam a importância da internet para a comunicação com familiares e amigos (AGGARWAL; XIONG; SCHROEDER-BUTTERFILL, 2020), para a manutenção das redes sociais (AGGARWAL; XIONG; SCHROEDER-BUTTERFILL, 2020; MARTINEZ-PECINO; DELERUE MATOS; SILVA, 2013; SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2018) bem como o seu contributo para a redução do isolamento social (SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2021b) (SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2021b) e dos sentimentos de solidão (SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2020).

A utilização da internet pode ser especialmente relevante numa fase da vida em que, segundo algumas teorias, as redes sociais dos mais velhos sofrem um processo de reestruturação que compreende, nomeadamente, a redução da sua dimensão (ANTONUCCI; AKIYAMA; TAKAHASHI, 2004; CARSTENSEN, 1995). Com efeito, os adultos mais

velhos tendem a ser confrontados com contextos, como os de emigração de familiares, que dificultam a manutenção de redes significativas e levam ao surgimento de redes (sobretudo familiares), menos próximas a nível geográfico, que obstam as trocas e interações (ANTONUCCI; AJROUCH; MANALEL, 2017). Acresce o facto do envelhecimento ser muitas vezes acompanhado pelo surgimento ou agravamento de problemas físicos e mentais (DIAS, 2012; SHAPIRA; BARAK; GAL, 2007) que podem afastar os indivíduos de alguns relacionamentos importantes. Nestas faixas etárias, as frequentes alterações de estilo de vida (em virtude, por exemplo, da transição para a reforma) também são propícias a que os mais velhos vejam dificultada a manutenção de relações importantes.

Tendo em consideração este contexto, alguns estudos recentes têm sugerido que a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), tais como a internet, podem ter um efeito de "compensação", capaz de contrabalançar o efeito da idade nos laços sociais (NEVES, 2015), uma vez que permitem ultrapassar alguns obstáculos associados ao processo de envelhecimento, potenciando a manutenção de relacionamentos bem-sucedidos e significativos (CHOPIK, 2016; RUSSELL; CAMPBELL; HUGHES, 2008).

Os novos canais de comunicação, emergentes com os avanços tecnológicos, originaram desafios únicos para a criação, desenvolvimento e manutenção das redes sociais, em idades mais avançadas (ANTONUCCI; AJROUCH; MANALEL, 2017; MARTINEZ-PECINO; DELERUE MATOS; SILVA, 2013; RUSSELL; CAMPBELL; HUGHES, 2008; SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2021a). Porém os estudos não são consensuais pelo que tem sido enfatizada a pertinência de estudos sobre o papel da internet na QdV das pessoas mais velhas (AGGARWAL; XIONG; SCHROEDER-BUTTERFILL, 2020). Este estudo visa, precisamente, compreender de que forma a internet influencia a QdV dos adultos mais velhos, em Portugal.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais vasta que recorre a métodos mistos. Numa primeira fase, desenvolveu-se um estudo quantitativo sobre uma amostra representativa da população europeia

de 50 e mais anos e, numa segunda fase, aprofundaram-se os contributos da internet para a QdV de uma população mais restrita, a população idosa portuguesa (60 e mais anos), recorrendo-se a uma metodologia qualitativa. O presente estudo diz respeito a esta segunda fase do projeto de pesquisa.

A amostra desta investigação é intencional (não probabilística), constituída por 35 adultos de 60 e mais anos, que frequentam seis Universidades Seniores do Norte de Portugal e que utilizam a internet. Estes indivíduos participaram numa entrevista semi-estruturada, com a duração média de 35 minutos, depois de terem assinado um termo de consentimento informado. As entrevistas decorreram de novembro de 2016 a fevereiro de 2017, foram realizadas face-a-face e gravadas em áudio, com a autorização dos participantes, nas instalações das diversas Universidades Seniores. O número de pessoas entrevistadas em cada universidade variou de acordo com a disponibilidade dos indivíduos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e a informação foi analisada com recurso ao programa de análise de dados qualitativos MaxQda. De forma a garantir o anonimato dos participantes, os nomes que se mencionam neste estudo são fictícios.

As entrevistas foram alvo de uma análise de conteúdo categorial que, de acordo com Guerra (2006), diz respeito "à identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar" (Guerra, 2006 p.80). Uma vez que se visa compreender o contributo da internet para a QdV dos portugueses de 60 e mais anos, considerou-se que este tipo de análise da informação era o mais adequado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Os entrevistados têm em média 66,83 anos ($dp=5,009$) (variando entre os 60 e os 78 anos), existindo um ligeiro predomínio de mulheres (57,1%) na amostra. No que diz respeito à situação matrimonial, a maioria dos participantes são casados (74,3%). A escolaridade dos indivíduos da amostra é tendencialmente elevada (mais de um terço

dos entrevistados declararam ter ensino superior) e a grande maioria dos entrevistados (85,7%) são reformados.

Tabela1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	% (N)	média (desvio-padrão)
Idade		66, 83 (5,009)
Gênero		
Masculino	42,9% (15)	
Feminino	57,1% (20)	
Estado-Civil		
Casado	74,3%(26)	
Solteiro	8,6%(3)	
Divorciado	11,4%(4)	
Viúvo	5,7% (5)	
Escolaridade		
Ensino Básico - 1º Ciclo	22,9%(8)	
Ensino Básico - 2º Ciclo	8,6%(3)	
Ensino Básico - 3º Ciclo	11,4%(4)	
Ensino Secundário	11,4%(4)	
Ensino pós-secundário	5,7% (2)	
Ensino Superior	40,0%(14)	
Situação perante o emprego		
Empregado	2,9%(1)	
Desempregado	2,9%(1)	
Reformado	85,7%(30)	
Doméstico / cuidar da família	8,6%(3)	

Fonte: Entrevistas realizadas em 2016 e 2017 a utilizadores da internet pela 1ª autora deste estudo

A tabela 2 revela que a experiência de utilização da internet é extremamente variável. Com efeito, pode ser muito recente (6 meses) ou, pelo contrário, caracterizar um longo período de tempo (21 anos). Em média, os entrevistados utilizam a internet há 10,5 anos (dp=6,615), com acesso diário, para a maioria dos participantes (68,6%). Ao nível dos recursos informáticos de que dispõem, todos os entrevistados declaram ter um computador próprio e a grande maioria afirmou ter acesso à internet em casa (97,1%). O acesso é realizado sobretudo através do computador (62,5%) embora alguns entrevistados também

o façam através de outros equipamentos como o telemóvel (31,3%) ou o tablet (6,3%). Uma parte significativa dos participantes deste estudo classificou os seus conhecimentos informáticos como razoáveis (48,6%) ou como bons (28,6%).

Tabela 2. Caracterização da utilização dos recursos tecnológicos e conhecimentos informáticos dos participantes

	% (N)	Média (dp)
Experiência de utilização da internet (em anos)		10,5 (6,615)
Frequência de utilização da internet		
Uma vez por mês	5,7% (2)	
Uma vez por semana	2,9%(1)	
Várias vezes por semana	22,9%(8)	
Diariamente	68,6%(24)	
Utilização de recursos informáticos		
Computador próprio	100%(35)	
Internet em casa	97,1% (34)	
Sem internet em casa	2,9%(1)	
Equipamento de acesso		
Computador	62,5% (30)	
Telemóvel	31,3% (15)	
Tablet	6,3% (3)	
Locais de acesso		
Casa	58,6% (34)	
Universidade sénior	15,5% (9)	
Outros locais	25,9% (15)	
Auto classificação dos conhecimentos informáticos		
Fracos	20,0% (7)	
Razoáveis	48,6% (17)	
Bons	28,6% (10)	
Muito bons	2,9%(1)	

Fonte: Entrevistas realizadas em 2016 e 2017 a utilizadores da internet pela 1ª autora deste estudo

O impacto da utilização da internet na QdV

Na literatura, a utilização da internet em idades avançadas tem sido associada a níveis mais elevados de QdV embora, segundo alguns

autores, nem sempre existam evidências empíricas para tal (DICKINSON; GREGOR, 2006; SELWYN; GORARD; FURLONG, 2003; SLEGERS *et al.*, 2008). Nesta investigação, a grande maioria dos entrevistados percebe a existência de uma contribuição positiva da internet para a sua QdV, tendo apenas dois participantes considerado a sua ação neutra. O impacto positivo desta tecnologia na QdV relaciona-se, em larga medida, com a possibilidade de comunicação/aproximação aos outros, e com a oportunidade de acesso à informação:

"(o que a internet me permite) é aproximar-me das pessoas, saber onde elas estão, como estão, principalmente a família que está longe. Conhecer o mundo, porque a gente através da internet...É um mundo! A internet é um mundo!" Célia (62 anos).

A contribuição positiva da internet para a QdV leva a que, em alguns casos, se verifique uma "humanização da tecnologia" (BLIT-COHEN; LITWIN, 2004), com os entrevistados a atribuírem-lhe características humanas. Com efeito, a internet é associada por muitos indivíduos a companhia e sociabilidade (SILVA; DELERUE MATOS; MARTINEZ-PECINO, 2020), contribuindo para que não se sintam sozinhos:

"Se estou sozinha, não estou bem se não ligar a internet. Parece que é uma companhia que eu tenho ali." Palmira (62 anos).

A procura de informações na internet também contribui, positivamente, para a QdV:

"(A internet) não é só comunicação. Há tanta coisa que se fica a saber. É um mundo! Meu Deus, tanta coisa que eu desconhecia!(...) E eu não sei nada (usar a internet), que faria se eu soubesse! Mesmo assim acho que contribui para a qualidade de vida." Lurdes (64 anos).

Nesta investigação, os entrevistados reconheceram também a importância desta tecnologia na redução do stress e afirmam que a sua utilização pode gerar sentimentos positivos. Porém, em idades mais avançadas, a utilização da tecnologia pode também ter efeitos negativos. Embora neste estudo, a maioria dos participantes assegure fazer uma utilização equilibrada da internet, isenta de desvantagens

para a sua QdV, alguns entrevistados identificaram-lhe aspetos negativos, tais como o fácil e rápido acesso a notícias violentas:

"Há notícias que são um bocado degradantes: pedofilia e essas coisas. Isso para mim é terrível! Muito negativo, não é? As próprias notícias ..." Abílio (68 anos)

As pesquisas relacionadas com questões de saúde, embora importantes para muitos, podem também ter um efeito negativo na QdV dos indivíduos, devido à diversidade de informação disponível e incerteza sobre a sua credibilidade:

"Sabemos que temos um problema ou alguém amigo tem e vamos à net pesquisar. Por vezes essa pesquisa traz-nos problemas porque entra muito em pormenores que, por vezes, mesmo até cientificamente não estão ainda comprovados e ficamos naquela dúvida: acredito? não acredito? Depois sobre aquele tema aparecem uns cinco ou seis sites diferentes e cada um deles é capaz de dar a sua informação..." Antónia (66 anos).

Por último, o tempo despendido na internet assim como o tipo de utilização que é feito desta tecnologia pode representar também uma desvantagem para a QdV de alguns entrevistados, uma vez que propicia a redução das interações familiares no mundo offline:

"No meu caso pode haver uma certa aproximação, como eu disse de pessoas que estão distantes não é? Que não tinha oportunidade de contactar com elas. Mas há o afastamento em relação aos meus genros e com a minha filha mais velha. Eles estão muito tempo na internet e isso afasta-nos porque não há diálogo, não há partilha (...). São capazes de saber que "a amiga tal" esteve doente, teve um divórcio ou que a filha tem um problema e não sabem o momento que a mãe está a atravessar. Se a mãe está adoentada ou o pai porque não há diálogo não há uma partilha de emoções ..." Antónia (66 anos).

Transferência do tempo offline para online

Segundo alguns autores, o recurso à internet pode levar a uma transferência do tempo offline para online, com tendência a reduzir a duração das atividades de interação social (NIE; HILLYGUS, 2002), o

que pode determinar um enfraquecimento dos laços sociais. Neste estudo, de uma forma geral, a utilização da tecnologia não diminuiu o tempo dedicado a atividades de socialização. Permitiu sobretudo preencher o tempo que os entrevistados dedicavam à atividade laboral, e que se extinguiu devido à reforma, ou que ocupavam a ver televisão ou a dormir:

"(O tempo que passo na internet, ocupava-o) a dormir ou a ver a televisão. Se eu estivesse uma tarde de 4 horas a ver televisão, estava 1 hora a ver televisão e 3 horas a dormir que é o que faz a maior parte dos velhos." Pedro (73 anos).

Devido à internet, os entrevistados do sexo feminino passaram a dedicar menos tempo aos trabalhos manuais, como o croché, bordados ou rendas. A perda de hábitos de leitura em livros também foi mencionada mas, ao mesmo tempo, reconhecem fazer leituras online:

"(se não fosse a internet, passaria o tempo) a ler, que eu agora perdi-lhe um bocadinho o jeito porque eu até o tinha. Acho que o ler também é muito importante e eu perco um bocadinho mais de tempo... Vou para a cama e se não tiver um bocadinho no facebook, antes de me deitar... é a minha leitura!" Augusta (63 anos).

Agostinho, foi o único entrevistado que referiu conversar menos desde que utiliza a internet: *"Nesse tempo (antes de utilizar a internet), se calhar conversava mais do que converso"* Agostinho (63 anos).

De uma forma geral, conclui-se que a internet tende a coexistir com um vasto conjunto de atividades físicas e sociais. Está incorporada nas práticas diárias dos entrevistados, facilitando a realização de algumas atividades. É frequentemente utilizada como meio de comunicação. O tempo despendido pelos entrevistados na utilização desta tecnologia era empregue sobretudo em atividades que não pressupõem interação social.

A utilização da internet por indivíduos de 60 e mais anos: apoio na reestruturação das redes sociais

A literatura científica aponta para a existência de uma reestruturação das redes sociais à medida que os indivíduos envelhecem devido

a fatores, tais como a entrada na reforma ou o aumento das distâncias geográficas entre a residência destes indivíduos e a daqueles com quem têm laços importantes (ANTONUCCI; AJROUCH; MANALEL, 2017; BECKENHAUER; ARMSTRONG, 2009; CORNWELL, 2015). Pelas suas características, a internet pode ter um papel muito importante nesta reestruturação das redes sociais, ao permitir aumentar, manter ou simplesmente evitar relações sociais (ANTONUCCI; AJROUCH; MANALEL, 2017). Neste estudo concluiu-se que a utilização da internet conferiu aos entrevistados maior capacidade de ação na reestruturação das suas redes sociais. Com efeito, para além de permitir a manutenção de laços sociais quando surgem dificuldades de contacto, tais como as impostas por uma maior distância geográfica entre a residência do entrevistado e de elementos das suas redes sociais, a internet é também importante em momentos de transição, como o da entrada na reforma que marca um período de reestruturação de relacionamentos e de redução das redes sociais aos laços mais próximos (CARSTENSEN, 1995). Nesta investigação, com a entrada na reforma, os entrevistados decidiram adotar ou aprofundar os seus conhecimentos de internet, com o propósito de manterem as relações de amizade com ex-colegas:

"quando somos aposentados afastamo-nos naturalmente das pessoas com quem trabalhamos, ou seja, da empresa, e começamos a vermo-nos de longe a longe, num jantar que alguém combina. Os amigos também... a gente quando chega a esta idade utilizou de certo modo os filtros da vida para filtrar os amigos. Os amigos já são muito poucos. Quando a gente chega à minha idade tem meia dúzia de amigos e depois tem alguns conhecidos e portanto não acho que (a internet) tenha permitido angariar mais... Agora o que há é mais aproximação, ainda ontem recebi um email de uma colega minha "na 2ª feira nós vamos reunirmos ali na Pequim, já não o vimos há muito tempo, se conseguires aparecer..." isso acaba até por facilitar esta relação." Pedro (73 anos).

Ao proporcionar a oportunidade de aproximação (mas também de afastamento, se desejado) das outras pessoas, a internet assume um papel importante na reestruturação das redes sociais e no processo dinâmico e contínuo de gestão destas redes:

"(Com a internet) sinto-me mais liberta, sinto que contacto melhor com as pessoas, sinto que se quiser ligar para uma amiga, ligo com aquela facilidade." Rosa (74 anos).

Com a adesão à internet, a maioria dos entrevistados percecionou alterações nas suas redes sociais. Mais concretamente, apontam para uma aproximação emocional aos elementos da sua rede social e um incremento na frequência de contactos. Referem ainda ter alargado a sua rede de contactos e experienciado maior vontade de interagir com os outros. Contudo, esta condição apenas se verifica nos indivíduos que utilizam a internet com o objetivo de comunicarem com familiares ou com outras pessoas já que os seis entrevistados que declararam não utilizar a internet com o objetivo de estabelecer contactos, mantiveram inalteradas as suas redes sociais. É o caso de Anália que não comunica através da internet, dando sempre preferência ao telefone fixo que, no seu entender, é mais seguro e menos prejudicial à saúde:

"Não (houve alteração da minha rede social na sequência da adesão à internet) porque eu não utilizo muito a internet para esse tipo de companhia, não é? Como lhe digo, há determinadas coisas que eu...há regras que eu tenho. Como lhe digo, (a internet) é mais para pesquisas do que ao nível de contacto com os amigos." Anália (61 anos).

Ao contrário de Anália, a maioria dos entrevistados que utiliza a internet para comunicar afirma ter percecionado maior proximidade emocional com alguns elementos das suas redes sociais:

"(A internet) aproximou-me de alguns (amigos). Como eu disse, não sabia deles, principalmente dos que estão no estrangeiro. Não me afasta das pessoas porque eu, quando tenho pessoas amigas ou familiares em casa, não vou para a net." Carlota (76 anos).

A internet permite ainda a partilha de informações que estreitam os laços sociais. Henrique, utiliza a tecnologia para a obtenção de recursos que lhe permitem aproximar e melhorar a sua relação com outras pessoas importantes para si no mundo offline:

"Uso a internet para me aproximar (das outras pessoas). Nunca utilizei a internet para me afastar [...] Se estou a consultar um site não estou a usar a internet para me aproximar de ninguém mas utilizo-a, por exemplo, quando

mando uma carta, ou até quando tiro informações para dar a alguém. Eu estou a utilizar a internet, vamos supor, a respeito das receitas e tiro uma receita para dar a uma prima minha, numa forma de falar, eu estou a aproximar-me da minha prima." Henrique (71 anos).

Apenas dois entrevistados afirmaram que a internet os aproximou de algumas pessoas, mas os afastou de outras, por terem deixado de participar, com a mesma regularidade, em convívios com amigos. No entanto, não consideram que esta situação tenha afetado negativamente a sua QdV:

"Pronto, (por causa da internet), se calhar eu não participo tanto naqueles encontros à noite que fazia aqui na assembleia, isso é uma verdade [...]. Não é negativo porque estava ali (na assembleia) a fazer uma coisa para passar tempo mas, para passar tempo, tenho outras coisas em casa em que fico mais preenchido e me dão mais prazer" Adelino (75 anos).

Graças à internet, alguns entrevistados preservaram ou até mesmo alargaram a dimensão das suas redes sociais:

"Ai... falo com mais pessoas do que falaria se não tivesse internet porque, pelo telefone, não era tão... E de alguns (amigos) até nem sei o contacto (telefónico)." Célia (62 anos).

Outros entrevistados, no entanto, afirmam que reduziram os contactos com amigos não utilizadores da tecnologia:

"Eu acho que falo com menos (pessoas). Acho que falo com menos porque há pessoas (e a razão deve ser esta) há pessoas que, se uma pessoa fala em qualquer coisa da internet a leigos, embora amigos meus, mas são leigos na coisa, pensam que uma pessoa às vezes está a querer exibir-se, não é?" Adelino (75 anos).

Este testemunho aponta para a possibilidade de, em idades mais avançadas, a utilização da tecnologia poder levar os indivíduos mais proficientes a afastarem-se de amigos ou parentes, e a experienciar, inclusivamente, alguma frustração determinada pela redução da qualidade dos relacionamentos. No entanto, para a maioria dos entrevistados, a internet promoveu a comunicação.

Em geral, ao facilitar a interação social, a internet tem um impacto positivo na QdV:

"Ao permitir comunicar com as pessoas de quem gostamos, mesmo que estejam longe, a internet torna-nos mais comunicativos. Até sentimos mais vontade de conversar com os outros" Alberto (67 anos).

Em suma, a internet tem impacto nas redes sociais dos entrevistados que a utilizam como meio de comunicação. Ao contrário, não afeta as redes sociais daqueles que a utilizam apenas como fonte de informação, não interagindo com outras pessoas através da internet.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa visou compreender de que forma a internet influencia a QdV dos adultos mais velhos, em Portugal. Conclui que a internet é sobretudo utilizada, por estes indivíduos, com objetivos de comunicação. A adoção da internet com este propósito levou ao aumento da dimensão das redes sociais, a um incremento na frequência de contacto, no sentimento de proximidade emocional e ainda a maior motivação para a interação com os outros. Assim, a comunicação online tem um efeito positivo nas redes sociais e, conseqüentemente, contribui para uma maior QdV.

A comunicação online é importante para o desenvolvimento de relações significativas, uma vez que permite manter o contacto com os indivíduos que integram as redes sociais das pessoas mais velhas e cria a oportunidade de inclusão de novos indivíduos nestas redes. Por outro lado, a comunicação online permite ainda otimizar o impacto positivo que as relações sociais têm na QdV.

Em Portugal foi possível constatar que, antes de usarem a internet, o tempo agora despendido online pelos mais velhos era dedicado sobretudo a atividades pouco estimulantes, tais como dormir ou assistir a programas televisivos. A internet confere maior capacidade de ação aos adultos mais velhos, constituindo um importante mecanismo de apoio na gestão quotidiana das redes sociais e no processo de reestruturação destas redes em momentos de transição, como o da entrada na reforma, ou da separação geográfica de familiares ou amigos que mudam de residência.

Os desenvolvimentos tecnológicos representam desafios importantes para as redes sociais que os indivíduos estabelecem ao longo da vida e podem atuar em seu benefício em contextos de adversidade (ANTONUCCI; AJROUCH; MANALEL, 2017). As evidências deste estudo remetem também para a existência de uma complementariedade entre as práticas do mundo offline e as do mundo online, contribuindo assim para pôr em causa a tese de determinismo tecnológico que entende a tecnologia como uma força externa capaz, por si só, de afetar as relações sociais. Os resultados deste estudo apontam para o facto da internet permitir superar alguns dos obstáculos tradicionais à manutenção do contato social em idades avançadas, fomentando o sentimento de integração na sociedade.

Nesta pesquisa, o facto de todos os entrevistados frequentarem uma universidade sénior não permite a generalização dos resultados à população portuguesa de 60 e mais anos. Apesar desta limitação, este estudo concorre para a compreensão da forma como a internet influencia a QdV dos adultos mais velhos, em Portugal. As conclusões desta pesquisa enfatizam também a necessidade de desenvolvimento de políticas que visem a e-inclusão dos adultos mais velhos.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, B.; XIONG, Q.; SCHROEDER-BUTTERFILL, E. Impact of the use of the internet on quality of life in older adults: Review of literature. *Primary Health Care Research and Development*, 2020.

ANTONUCCI, T. C.; AJROUCH, K. J.; MANALEL, J. A. Social Relations and Technology: Continuity, Context, and Change. *Innovation in Aging*, v. 1, n. 3, p. 1–9, 2017.

ANTONUCCI, T. C.; AKIYAMA, H.; TAKAHASHI, K. Attachment and close relationships across the life span. *Attachment and Human Development*, v. 6, n. 4, p. 353–370, 2004.

BECKENHAUER, J.; ARMSTRONG, J. Exploring Relationships Between Normative Aging, Technology, and Communication. *Marriage & Family Review*, v. 45, p. 825–844, 27 out. 2009.

BLIT-COHEN, E.; LITWIN, H. Elder participation in cyberspace : A qualitative analysis of Israeli retirees. *Journal of aging studies*, v. 18, p. 385–398, 2004.

CARSTENSEN, L. Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, v. 4, n. 5, p. 151–156, 1995.

CHOPIK, W. J. The Benefits of Social Technology Use Among Older Adults Are Mediated by Reduced Loneliness. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, v. 00, n. 00, p. 1–6, 2016.

CORNWELL, B. Social disadvantage and network turnover. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, v. 70, n. 1, p. 132–42, 2015.

DIAS, I. O uso das tecnologias digitais entre os seniores : Motivações e interesses. *Sociologia, Problemas e Práticas*, v. 68, p. 51–77, 2012.

DICKINSON, A.; GREGOR, P. Computer use has no demonstrated impact on the well-being of older adults. *International Journal of Human Computer Studies*, v. 64, n. 8, p. 744–753, 2006.

GIDDENS, A. Os Meios de Comunicação de massas e a Comunicação em Geral. *Sociologia*. 6. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. p. 456-490.

GUERRA, I. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia, 2006.

HILL, R.; BETTS, L. R.; GARDNER, S. E. Older adults experiences and perceptions of digital technology: (Dis)empowerment, wellbeing, and inclusion. *Computers in Human Behavior*, v. 48, p. 415–423, 2015.

KAMIN, S. T.; LANG, F. R. Internet Use and Cognitive Functioning in Late Adulthood: Longitudinal Findings from the Survey of Health, Ageing and

Retirement in Europe (SHARE). *The Journals of Gerontology: Series B*, v. XX, n. Xx, p. 1–6, 2018.

KHALAILA, R.; VITMAN-SCHORR, A. Internet use, social networks, loneliness, and quality of life among adults aged 50 and older: mediating and moderating effects. *Quality of Life Research*, v. 27, n. 2, p. 479–489, 2018.

MARTINEZ-PECINO, R.; DELERUE MATOS, A.; SILVA, P. Portuguese older people and the Internet: Interaction, uses, motivations, and obstacles. *Communications*, v. 38, n. 4, p. 331–346, 2013.

NEVES, B. Does the Internet matter for strong ties? Bonding social capital, Internet use, and age-based inequality. *International Review of Sociology*, v. 6701, p. 1–19, 2015.

NIE, N. Sociability, Interpersonal Relations, and the Internet : Reconciling Conflicting Findings. *American Behavioral Scientist*, v. 45, p. 420–435, 2001.

RUSSELL, C.; CAMPBELL, A.; HUGHES, I. Ageing, social capital and the Internet: Findings from an exploratory study of Australian “silver surfers”. *Australasian Journal on Ageing*, v. 27, n. 2, p. 78–82, 2008.

SELWYN, N.; GORARD, S.; FURLONG, J. *The information aged : Older adults ' use of iformation and communications techology in everyday life. Ageing and Society*, 36. Wales: [s.n.], 2003.

SHAPIRA, N.; BARAK, A.; GAL, I. Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & mental health*, v. 11, n. 5, p. 477–84, set. 2007.

SILVA, P. *et al.* E-inclusion: Beyond individual socio- demographic characteristics. *Plos one*, v. 12, n. 9, p. 1–10, 2017.

SILVA, P.; DELERUE MATOS, A.; MARTINEZ-PECINO, R. Can the internet reduce the loneliness of 50 + living alone? *Information, Communication & Society*, p. 1–17, 2020.

SILVA, P.; DELERUE MATOS, A.; MARTINEZ-PECINO, R. Confidant Network and Quality of Life of Individuals Aged 50+: The Positive Role of Internet Use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, v. 21, n. 11, p. 694–702, 2018.

SILVA, P.; DELERUE MATOS, A.; MARTINEZ-PECINO, R. O papel da família na utilização da Internet por portugueses de 50 e mais anos : uma análise de género. *Análise Social*, v. 239, p. 322–341, 2021a.

SILVA, P.; DELERUE MATOS, A.; MARTINEZ-PECINO, R. The Contribution of the Internet to Reducing Social Isolation in Individuals Aged 50 Years and Older: Quantitative Study of Data From the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Medical Internet Research*, 2021b.

SILVA, P.; DELERUE MATOS, A.; MARTINEZ-PECINO, R. The protective role of the Internet in depression for Europeans aged 50+ living alone. *Social Media & Society*, 2022.

SLEGERS, K. *et al.* Effects of Computer Training and Internet Usage on the Well-Being and Quality of Life of Older Adults: A Randomized, Controlled Study. *The Journals of Gerontology : Psychological Sciences*, v. 63 B, p. 176–184, 2008.

AS TDICS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO AOS IDOSOS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO - RELATO DE EXPERIÊNCIA

RICARLLY ALMEIDA DE FARIAS

Graduando pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, ricarly.raf@gmail.com;

KELLY JAIANE DO NASCIMENTO PEREIRA SAMPAIO

Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, kellyjaiane.kj@gmail.com;

VÂNIA MARIA OLIVEIRA DE FARIAS

Especialista do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, vmofas@hotmail.com;

RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA

Doutora do Curso de Odontologia da Universidade de Pernambuco - UPE, renata-cardosorochamadruga@gmail.com, coautor3@email.com;

RESUMO

A pandemia da COVID-19 dentre os muitos danos causados à população mundial, afetou vertiginosamente o bem-estar físico e mental dos idosos, havendo a necessidade de maior adesão do grupo ao distanciamento social recomendado pela Organização Mundial de Saúde. A importância de cuidados voltados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Humanização, tendo como uma das ferramentas as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação TDICs (whatsapp, outras redes sociais) utilização de atividades lúdicas, se tornou ainda maior. Por isso, a manutenção e continuidade dos projetos de extensão com este grupo etário foram tão necessárias. Esse Relato de Experiência tem como objetivo descrever as vivências readaptadas de graduandos de diversos cursos da área de saúde e comunicação social (jornalismo) no projeto de extensão da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade no período da pandemia. Buscou-se, dessa forma, suprir as necessidades em saúde existentes, fornecendo informações e cuidados para a comunidade de uma das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Campina Grande -PB. O projeto também ofertou aos graduandos a experiência do trabalho humanizado no sistema de saúde público. Observou-se que a partir das atividades realizadas, houve a criação do vínculo entre a comunidade e estudantes, além de ter aumentado o interesse dos idosos acerca de assuntos relacionados, empoderando-os e buscando promover a saúde em um contexto tão desafiador.

Palavras-chave: Pandemia COVID-19, Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde do idoso.

INTRODUÇÃO

O novo coronavírus, designado como Corona Virus Disease-19 (COVID-19), teve seu primeiro caso notificado em Wuhan, na China, no dia 31 de dezembro de 2019 e foi declarada a Pandemia Mundial no dia 11 de março de 2020. A doença causada por esse vírus, provoca infecção aguda, não há estado crônico de infecção e os seres humanos não são seus hospedeiros naturais. Em média de 2 a 4 semanas, o vírus é eliminado pelo corpo humano e se ele não encontrar hospedeiro, a doença encerra-se; deste modo, o sucesso do combate depende da inflexão da pandemia (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Dessa maneira, pesquisas demonstraram que o risco de morrer de COVID-19 aumenta com a idade, já que a maioria das mortes ocorrem em idosos, especialmente aqueles com doenças crônicas. A imunossenescência aumenta a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas e os prognósticos para aqueles com doenças crônicas são desfavoráveis (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Desse modo, vale salientar, que nas últimas décadas, o envelhecimento populacional foi marcado pelo aumento da expectativa de vida e redução das taxas de natalidade e mortalidade na maioria dos países do mundo. Houve crescimento da quantidade de idosos com 80 anos ou mais, sendo uma etapa vulnerável do ponto de vista social e da saúde física e mental, principalmente em um momento onde está presente uma pandemia (FREEDOM; NICOLLE, 2020).

Por isso, reconhecendo a existência de todos esses problemas e que durante a pandemia, se intensificaram, verificou-se que as políticas de enfrentamento à pandemia tiveram de considerar as evidências acumuladas pelos que estudam envelhecimento, desenvolvendo diretrizes voltadas às necessidades dos idosos institucionalizados e aos mais fragilizados, considerando as limitações da infraestrutura formal de serviços e a ausência de cuidados integrados (KALACHE et al, 2019).

Nessa perspectiva, a política nacional de saúde do idoso se mostrou cada vez mais importante, propagando a promoção do envelhecimento saudável, aprimorando o cuidado da capacidade funcional dos idosos, recobrando a saúde dos que adoeceram e regenerando aqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de

modo a garantir-lhes continuação no meio em que vivem, realizando de forma independente suas funções na sociedade (TÀNNUS et al, 2017).

Dessa forma, compreendendo-se a importância de compartilhar experiências exitosas, esse trabalho busca descrever, através de um Relato de Experiência, as vivências de graduandos de diversos cursos a partir do projeto de extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade durante o período de pandemia. Desse modo, busca-se contemplar a relação ensino/extensão com práticas de promoção de saúde, tendo como base as atividades educativas, interativas e lúdicas, com o objetivo de trocar conhecimento com a comunidade, e para os graduandos, a experiência de vivenciar estratégias de promoção da saúde e humanização transformadoras para formação.

METODOLOGIA

O projeto de extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade é desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I e tem como proposta metodológica e de ação a integração da pesquisa e extensão, em que este, através do desenvolvimento de atividades educativas de saúde para a comunidade, busca promover o envelhecimento saudável e empoderamento social dos idosos ao abordar temáticas importantes para o processo do envelhecimento. Este artigo refere-se a um relato de experiência do projeto de extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade, uma parceria de vários cursos de saúde e comunicação social (jornalismo) da Universidade Estadual da Paraíba com a Secretaria de Saúde do município de Campina Grande - PB. Esse projeto tem como objetivo, proporcionar oportunidades de desenvolver medidas educativas em saúde, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida de idosos que participam de uma Unidade Básica de Saúde do bairro Cinza na cidade de Campina Grande-PB, aperfeiçoando as medidas educativas em saúde, tangendo o direito à prevenção e promoção da saúde. Graduandos de Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Educação Física, Jornalismo e Serviço Social compõem a equipe interprofissional e realizam atividades e dinâmicas, abordando temáticas selecionadas quinzenalmente (Cuidados de Higiene relativos à Covid-19; Valorização à Vida; Alimentação saudável, entre outros) de

forma dinâmica e de fácil entendimento, adequando-se a linguagem ao público presente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo principal deste projeto é estimular os graduandos de diferentes cursos no trabalho humanizado em saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida de idosos em uma Unidade Básica de Saúde da Família com cobertura de Equipe de Saúde Bucal no município de Campina Grande – PB, proporcionando a oportunidade de aperfeiçoar o desenvolvimento de medidas educativas em saúde. Assim, é almejado que a criatividade e a habilidade do trabalho integral e interprofissional sejam desenvolvidas na prática dos extensionistas, permitindo uma formação em consonância às Diretrizes Curriculares dos cursos da saúde.

Ademais, com o desenvolvimento do projeto, busca-se motivar e capacitar os idosos a serem agentes multiplicadores de saúde ao realizar trocas de conhecimento, bem como permitir uma maior integração dos demais profissionais de saúde através da inserção dos extensionistas no ambiente da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

O projeto teve início no ano de 2016, com a realização de suas atividades na UBSF Conceição, contando com a atuação de 23 estudantes dos cursos de Odontologia e Enfermagem. Nesse período, foram realizadas ações com 111 idosos adstritos à unidade. Já em 2017, observou-se a importância da inclusão de mais cursos para contemplar de forma efetiva os objetivos interdisciplinares do projeto. Assim, contou com a presença de 29 estudantes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia e Direito. Além disso, contou com a ampliação das ações, incluindo também, a UBSF Bonald Filho, onde se tornou o local em que as ações foram desenvolvidas até o ano de 2019, alcançando, nesse período, 137 idosos.

Cursos	2020-21
Odontologia	2
Enfermagem	5
Psicologia	5
Farmácia	2
Educação Física	2

Cursos	2020-21
Serviço Social	2
Fisioterapia	7
Jornalismo	4
Total	29

Fonte: Elaborado pelos autores

Mas foram nos anos de 2020 e 2021, que o projeto teve de passar por uma maior reestruturação, diante do impacto da pandemia COVID-19, a qual trouxe a vivência de uma situação de emergência, tiveram de ser mudadas as rotinas, hábitos de toda a população, inclusive do público idoso, visto que, no início da pandemia, pesquisas mostravam que o risco de mortalidade relacionada a COVID-19 aumenta com a idade, especialmente aqueles com doenças crônicas, pois a imunossenescência aumenta a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas e os prognósticos para aqueles com doenças crônicas são desfavoráveis.

Diante destas mudanças, aliadas ao distanciamento social, que promove o isolamento, a pessoa idosa precisou lidar com as emoções, necessitando-se manter ativos com atividades que preservem o seu bem-estar, uma vez que este está relacionado à saúde física, psíquica e social.

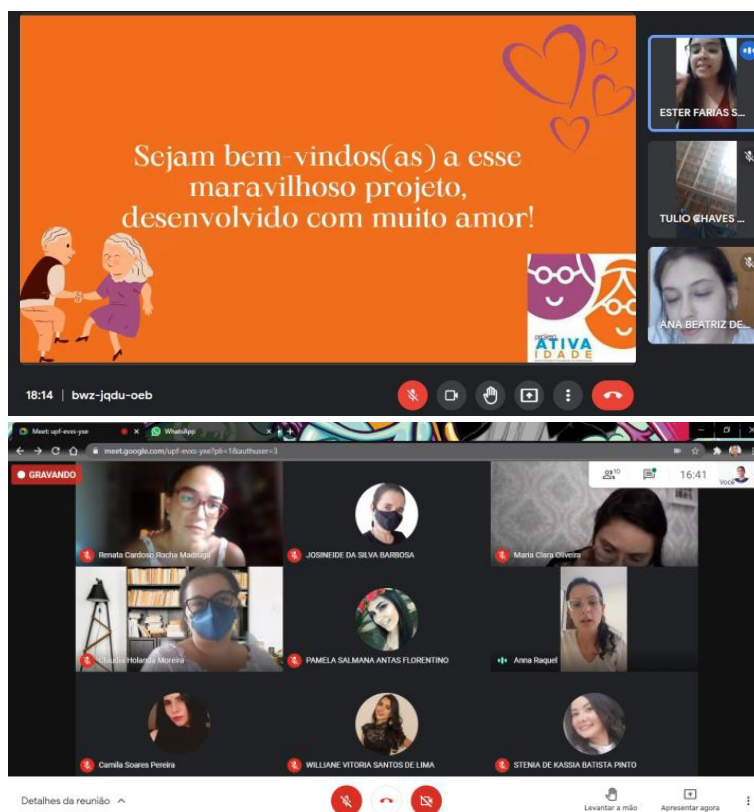
Dessa forma, por meio da plataforma Google Meet, reuniões quinzenais tiveram de ser realizadas com a equipe do projeto, sendo combinados os planejamentos das ações, além do compartilhamento dos feedbacks das ligações e outros tipos de contatos realizados, traçando a melhor forma que devem ocorrer as próximas (Fig. 1).

Figura 1. Realização da primeira reunião remota no dia 22 de abril de 2020



Outra etapa importante do projeto que teve de passar pelo processo de adaptação, foi a acolhida dos novos integrantes, processo extremamente importante para a apresentação dos novos extensionistas e reconhecimento dos mesmos. Dessa forma, a realização de dinâmicas, as quais permitem a integração dos novatos com os veteranos, que aconteciam de forma presencial, tiveram de ser alteradas para o formato remoto (Fig. 2 e Fig. 3).

Figuras 2 e 3. Readaptação remota das acolhidas aos extensionistas



Levando em consideração a evolução das Tecnologias Digitais de Informação e da Comunicação (TDICs), foi possível durante a pandemia que boa parte dos idosos pudessem ter acesso à informação, o que fez com que o projeto introduzisse em suas atividades, ligações telefônicas que podiam ser realizadas por meio de redes sociais ou não (Fig. 4).

Dessa forma, pôde-se perceber a importância dos contatos telefônicos convencionais e por meio de aplicativos, pois foi por meio destes que os idosos receberam os conteúdos educativos, informativos, sendo respondidos através de importantes mensagens, como a de uma idosa J.C.C. que nos relatou: "A pandemia é uma situação muito triste e o distanciamento social piorou, gostaria que as pessoas diminuíssem o uso dos celulares e se vissem mais pessoalmente, principalmente os jovens, que sejam mais atenciosos como vocês", além de outros idosos que nos relataram a importância das ligações nas

suas recuperações: “Tenho conversado com as minhas filhas sobre nosso contato, além do luto e depressão que tive, gostaria de dizer que a nossa conversa tem me ajudado bastante”.

Ademais, no decorrer das dinâmicas das ligações, também foram compartilhadas situações que as participantes já vivenciaram, dentre as quais, percebeu-se que alguns idosos têm dificuldade na leitura de mensagens de textos e só respondiam através de chamadas de voz, fazendo com que a equipe se adaptasse a demanda, visto que importantes informações precisavam ser repassadas, além disso percebeu-se que durante a pandemia a frequência de ida dos idosos aos centros de saúde foi drasticamente diminuída, tendo como consequência a redução na vigilância em saúde e acompanhamento destes. Portanto, as tecnologias digitais de informação e comunicação cooperaram ao máximo para mitigar os desafios que foram maximizados nessa situação ímpar.

Figura 4. Chamada de vídeo entre uma extensionista e sua idosa



Assim, percebe-se o fortalecimento do cuidado em saúde prestado aos idosos e da qualificação dos futuros profissionais para uma atuação humanizada, integrativa e interprofissional, visto que, durante um período tão difícil, onde os idosos se encontravam em isolamento e recomendados a permanecerem a maior parte do tempo longe de suas atividades sociais, o projeto Ativa Idade se mostrou muito importante, sendo uma ponte entre informação de saúde a ser repassada pelo extensionistas e os idosos, conectando remotamente ambos separados fisicamente.

Vale salientar também, que o whatsapp tem sido uma ferramenta bastante utilizada para disparar e confeccionar os posts para as mídias no perfil do projeto no instagram, marcação de reuniões e exposição dos retornos dos idosos as ligações, compartilhando também com as ACSs e a equipe da unidade básica.

Portanto, vê-se que as tecnologias se tornaram uma estratégia fundamental para o desenvolvimento desse projeto em um momento tão atípico, revelando depoimentos como esse que relatamos anteriormente, onde o distanciamento social acabou agravando um dos problemas que mais afetam os idosos, a solidão e por meio dessas ferramentas digitais, a equipe do projeto Ativa Idade tentou mitigá-los, proporcionando oportunidades para uma qualidade de vida melhor e compatível com que merecem.

Outra mídia social utilizada pela equipe do Ativa Idade foi o Instagram, pois foi por meio desta, que lives e posts acerca de datas comemorativas, como dia mundial da saúde, das mães, do jornalista, farmacêutico, além de campanhas mensais como o março lilás, setembro amarelo e informações gerais de promoção à saúde, foram lembradas, confeccionadas e publicadas (Fig. 5 e Fig. 6).

Figuras 5 e 6. Divulgação e realização da live



Foi por meio da live que percebeu-se que é preciso que haja melhor qualificação dos profissionais que lidam diretamente com os idosos para que o cuidado e a proteção de pessoas pertencentes a essa faixa etária sejam realmente eficazes. Além de que como solução para a problemática ética, buscando maior conscientização e sensibilização da sociedade, devido ao aumento do número de denúncias, a mídia deve expor mais o tema de violência contra idosos. Pois, dessa forma, é importante que mais campanhas publicitárias sejam desenvolvidas focalizando essa temática, com vistas a sensibilizar a sociedade

quanto ao envelhecimento da população e aos cuidados que os idosos precisam.

Figuras 7 a 18. Posts nas rede sociais



O desenvolvimento deste projeto de extensão, visou ultrapassar a ideia da assistência meramente curativa e, ao mesmo tempo, olhando o idoso como um ser multidimensional, mostrou-se de bastante importância ao se observar que muitos problemas desencadeados nesta idade são consequências de escassa informação e de acompanhamento quanto às formas de prevenção. Assim, a sua realização garante a disseminação de ideais e práticas que visam o desenvolvimento de um olhar mais crítico e humanizado pelos profissionais da saúde quanto às abordagens que devem ser executadas e os métodos eficazes para isso.

Ao longo das ações, observou-se a necessidade de discutir sobre os temas “envelhecimento, limites e possibilidades” e “alterações osteoarticulares”, discutindo sobre o que é o envelhecimento e as limitações que traz para o indivíduo, mas enfatizando as possibilidades existentes para a qualidade de vida do idoso. Assim, buscou-se trocar informações sobre as causas das alterações osteoarticulares, as consequências e tratamento, além de enfatizar a importância de todo um conjunto de condições preventivas, permitindo a retomada das temáticas sobre atividade física, alimentação saudável e exercícios cognitivos.

Dessa forma, viu-se que a interação com os idosos e o público em geral teve de ser readaptada, pois só assim foi possível orientar sobre os tipos de alimentos e seus níveis de açúcar e sal, além da hipertensão, câncer oral, diabetes, entre outros assuntos. A explanação desses temas a partir de posts lúdicos, permitiram a melhor visualização dos cuidados que precisam ter ao consumir alimento, exercitarem, entre outros, tornando a discussão mais real.

Além disso, foi por meio das redes sociais que o projeto arrecadou fundos para a aquisição de equipamentos que auxiliem no desenvolvimento de atividades, seja por meio de bazar ou por sorteio de cesta básica (Fig. 19, Fig. 20 e Fig. 21).

Figuras 19, 20 e 21. Sorteio da cesta básica



Dessa forma, foi possível verificar que os extensionistas aprendem na mesma medida que ensinam, por meio de atividades que valorizam a humanização, empatia e empoderamento. Conseqüentemente, a participação em premiações, como a do concurso como “Meu Projeto em 3 Minutos” coroa todo o esforço, desenvolvimento e busca pela promoção em saúde durante a pandemia, partindo do processo de ensino-aprendizagem (Fig. 22).

Figuras 22. Participação do concurso “Meu projeto em 3 minutos”

“Meu Projeto em 3 Minutos”

Vídeo Selecionado para a 2ª etapa do Concurso de Divulgação do Conhecimento Científico da UEPB



Vale salientar, que os extensionistas apresentaram trabalhos que mostraram os resultados do projeto Ativa Idade em congressos

nacionais e internacionais. Variando de relatos que contam a importância das tecnologias durante todo processo de realização de atividades, até a importância do projeto no seu desenvolvimento profissional e pessoal (Fig. 23).

Figuras 23. Alguns dos trabalhos aceitos e publicados em congressos

ANNA RAQUEL ANDRADE GONZAGA
 "A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE - RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA COM O PÚBLICO IDOSO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 "

JOSINEIDE DA SILVA BARBOSA
 "A COMUNICAÇÃO E A INTERPROFISSIONALIDADE NAS MÍDIAS SOCIAIS - RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO ATIVA IDADE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA COMUNIDADE"

MARIA APARECIDA BARBOSA ANDRADE SILVA
 "IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO - RELATO DE UM EXTENSIONISTA ATIVA IDADE - UEPB"

MARIA CLARA DA COSTA OLIVEIRA
 "PROJETO ATIVA IDADE - ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA COMUNIDADE - CUIDADO AOS IDOSOS POR MEIOS DIGITAIS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19"



Portanto, as tecnologias se tornaram uma estratégia fundamental para o desenvolvimento desse projeto em um momento tão atípico, revelando depoimentos como esse que relatamos anteriormente, onde o distanciamento social acabou agravando um dos problemas que mais afetam os idosos, a solidão e por meio dessas ferramentas digitais, a equipe do projeto Ativa Idade tentou mitigá-los, proporcionando oportunidades para uma qualidade de vida melhor e compatível com que merecem.

Vale salientar, que cada vez mais as chamadas “novas tecnologias” estão presentes no cotidiano das pessoas. As ditas “novas tecnologias”, que para alguns são identificadas como as “tecnologias da informação e da comunicação”, estão imprimindo mudanças inesperadas na sociedade atual em todas as esferas da estrutura social, política, econômica, jurídica e do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a importância de cada ação do Projeto de Extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade para a comunidade idosa, contribuindo para a troca de conhecimento sobre a saúde sistêmica e um aprofundamento sobre os cuidados em saúde bucal, além

de trabalhar temas relacionados à prevenção de agravos em saúde. Mais do que um momento de troca de saberes, há humanização e criação de vínculos afetivos, dando

àqueles o que muitas vezes lhes falta em seu cotidiano: atenção e cuidado. Com a reciprocidade entre extensionistas e o público-alvo (idosos), os objetivos esperados estão sendo alcançados e superados ao permitir o empoderamento de cada um sobre a sua saúde.

As TDICs (Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação) se mostraram uma importante ferramenta durante a pandemia para a promoção de saúde aos idosos no bairro do cinza, com o cuidado centrado no usuário, visando diminuir a distância entre a universidade e comunidade, além de estimular o processo de aprendizagem compartilhada, tão necessária para o desenvolvimento de habilidades indispensáveis para a prática colaborativa. Desta maneira, entende-se a importância desse projeto de extensão, que vem sendo desenvolvido há cerca de 6 anos, baseado em ações de promoção à saúde e prevenção das principais doenças que acometem os idosos das comunidades assistidas. É notória a importância da atuação diante da população. Mais do que um repasse de conhecimentos, há humanização e criação de vínculos afetivos, como podem ser vistos no relato citado, onde as idosas desenvolvem uma afetividade imensa em relação aos extensionistas - chegando a lhes chamarem de netos

REFERÊNCIAS

FARIAS, R.A.; SANTOS, A.S.S.; FILHO, A.V.S.; BARRIOS, G.M.; MADRUGA, R.C.R.M. RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO: ATIVAIDADE – ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA COMUNIDADE.

FREEDMAN, A.; NICOLLE J.. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants Approach for primary care. **Can Fam Physician** 2020; 66(3):176-182.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SANTANA, R.F. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. **Cogitare enfermagem**, v. 25, 2020.

KALACHE, A.; SILVA, A.; GIACOMIN, K, C.; LIMA, K. C.; RAMOS, L. R.; LOUVISON, M.; VERAS, R.. Envelhecimento e desigualdades: políticas de

proteção social aos idosos em função da pandemia Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.

LOBO, A.S.M.; MAIA, L.C.G.. O uso das TICs como ferramenta de ensino -aprendizagem no Ensino Superior. **Caderno de Geografia**, v. 25, n. 44, p. 16-26, 2015.

TÁNNUS, R. A.; OLIVEIRA, M. C.; AVELAR, G.; SILVA, N. V.; ALMEIDA, A. L.; SILVA, L. F.; SOUSA, M. T.. Envelhecimento Saudável–Promoção de Saúde. In: **Anais do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG (CEPE)**. 2017.

CARACTERÍSTICAS E MOTIVAÇÕES DO USO DE INTERNET ENTRE PESSOAS ACIMA DE 50 ANOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

ISABELLA LEANDRA SILVA SANTOS

Doutoranda em Psicologia Social na Universidade Federal da Paraíba – PB. isabella.silva@academico.ufpb.br;

RESUMO

O presente estudo objetivou compreender as características e motivações de brasileiros acima dos 50 anos para utilizar a internet e as redes sociais. Foi utilizada uma amostra não-probabilística por conveniência de 27 participantes de todas as regiões brasileiras, com idade média de 54,3 anos (DP = 4,97; EP = 0,95). Foram realizadas análises descritivas e teste-t para amostras independentes através do SPSS. Os resultados indicaram que o WhatsApp e o Instagram são as redes sociais mais utilizadas por essa população, e que a principal motivação para o uso da internet é o acesso à informação. Discute-se então a necessidade de intervenções que busquem o combate da proliferação de informações falsas dentre esse grupo, bem como o desenvolvimento de interfaces mais apropriadas nas redes sociais mais utilizadas. Conclui-se que o objetivo foi cumprido, sendo necessário que estudos futuros aprofundem a compreensão do tema, em especial da acurácia das informações acessadas por pessoas acima dos 50 anos na internet.

Palavras-chave: Internet, Redes sociais, Motivações.

INTRODUÇÃO

Há alguns anos atrás, a internet e as redes sociais eram consideradas ferramentas quase que exclusivamente utilizadas por adolescentes e jovens adultos. A exclusão digital, conceito que se refere a grupos que são deixados de fora desses desenvolvimentos tecnológicos (KHALID & PEDERSEN, 2016), era algo comum quando se considerava populações mais velhas nos primeiros anos de popularização da internet.

Contudo, conforme a tecnologia da informação se tornou parte das nossas vidas diárias, esse cenário começou a se transformar: no Brasil de 2020, 74% dos sujeitos entre 45-59 anos eram usuários da internet, com esse número chegando à 38% em indivíduos com mais de 60 anos (STATISTA RESEARCH DEPARTMENT, 2022a). Uma pesquisa de 2022 revelou também que a porcentagem de sujeitos que usam redes sociais disparou de 37% para 73% (na faixa etária entre 50-64 anos) e de 11 para 45% (em sujeitos acima de 65 anos) desde 2012 (PEW RESEARCH CENTER, 2022).

Durante a pandemia da COVID-19, as redes sociais também se tornaram uma ferramenta para promoção e manutenção de interações sociais mesmo no cenário de distanciamento: Ramos e colaboradores (2020) exemplificam essa afirmação com a intervenção "Pandemia da solidariedade", onde um grupo de Whatsapp foi utilizado como meio de desenvolvimento de atividades com idosos como envio de exercícios físicos e cognitivos, dinâmicas associadas a datas comemorativas e distribuição de livros.

Se por um lado a internet é capaz de promover contato social, acesso á atividades da comunidade e a informação (KWONG, 2015), existem também os malefícios dessas tecnologias, especialmente quando se fala de uma população que ainda não é o foco de seu desenvolvimento: como apontado por Yabrude e colaboradores (2020), mesmo com a proporção de idosos utilizando a internet crescendo no Brasil, problemas como o excesso de informações sem fundamentação, combinados com a falta de conhecimento apropriado para o uso de ferramentas online transforma essa faixa etária num grupo de risco para o consumo e perpetuação de notícias falsas, por exemplo. Assim, observa-se uma necessidade de entender as características e motivações do uso de internet em pessoas mais velhas.

Mas, porque estudar esse tema é relevante? Como apontado por Hämmerle e colaboradores (2020), a digitalização e o envelhecimento das populações são duas questões proeminentes nas sociedades atuais. Com o aumento das expectativas de vida ao redor do mundo, a população mais velha se torna uma parte crescente dos usuários do mundo virtual (NAÇÕES UNIDAS, 2017). Desse modo, considerando a importância da inclusão digital de pessoas idosas, tanto num ponto de vista de acesso ao conhecimento quanto para comunicação, se faz necessário compreender de que maneira esse acesso vem ocorrendo no contexto brasileiro.

Essas informações também podem servir como base para o desenvolvimento de intervenções apropriadas para essa faixa etária na área. Além disso, compreender quais redes são mais utilizadas pelos idosos pode contribuir no desenvolvimento de projetos que busquem melhorar a acessibilidade dessas aplicações, como proposto, por exemplo, por Zahida e colaboradores (2021) no cenário internacional e por Mendes e colaboradores (2018) em contexto brasileiro.

Assim, através dessa breve revisão de literatura, é possível observar que cada vez mais pessoas mais velhas estão incluídas no cenário online, sendo necessário compreender seus hábitos de utilização do meio virtual. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi compreender as características e motivações de brasileiros acima dos 50 anos para utilizar a internet e as redes sociais.

METODOLOGIA

Amostra

Compuseram a amostra do estudo 27 participantes, sendo 77,8% mulheres, com uma média de idade de 54,3 anos (DP = 4,97; EP = 0,95). 81,5% dos participantes estavam entre 50 – 59 anos. Participaram voluntários de todas as regiões brasileiras (Norte: 3,7%; Nordeste: 44,4%; Centro-Oeste: 11,1%; Sudeste: 33,3%; Sul: 7,4%). Tratou-se de uma amostra não probabilística por conveniência.

Materiais e Instrumentos

Para medir a frequência do uso de redes sociais, os participantes responderam uma escala tipo Likert que questionava sua utilização

das redes WhatsApp, Facebook, Instagram, Twitter e Tiktok. Essa escala ia de "Não utilizo essa rede social" até "Utilizo essa rede social várias vezes ao dia".

Já para compreender as motivações de uso da internet, foi utilizada uma questão aberta, que questionava qual a motivação principal do respondente para usar a internet. Essas respostas foram categorizadas de acordo com sua similaridade. Em casos onde o participante forneceu mais de uma resposta, apenas a primeira foi considerada. Finalmente, os voluntários responderam um questionário sociodemográfico, objetivando assim caracterizar a amostra utilizada.

Procedimentos

A coleta de dados ocorreu de forma online, através de um questionário desenvolvido no Formulários Google e compartilhado nas redes sociais WhatsApp, Facebook e Instagram. Os participantes poderiam entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento, utilizando a rede social em que receberam o questionário ou via email.

Salienta-se que os dados utilizados no estudo fazem parte de uma pesquisa de dissertação mais abrangente, voltada a compreender o comportamento online dos brasileiros. Esse estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (CAAE: 34920820.8.0000.5188; Parecer: 4.299.196). A participação ocorreu exclusivamente mediante concordância com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram respeitadas todas as diretrizes referentes à pesquisas com seres humanos, salientadas na Resolução 510/16.

Análise de Dados

Para compilação e análise dos dados foi utilizado o *software* estatístico SPSS, mais especificamente: análises descritivas (objetivando representar as características da amostra) e o teste-t para amostras independentes (com o objetivo de verificar diferenças de gênero no uso de redes sociais e nas motivações para usar a internet).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uso de Redes Sociais

Inicialmente, observou-se a frequência de utilização das cinco redes sociais apresentadas a amostra. Os dados estão detalhados na **Tabela 1**. De modo geral, o Whatsapp foi a rede social mais usada, com 88,9% dos sujeitos a acessando ao menos diariamente. Esses dados vão de acordo com a investigação de Borges (2019) no interior do Rio Grande do Norte, onde essa era a rede social mais popular entre os idosos, que tinham como motivação a curiosidade e a busca por contato social. Desse modo, projetos que buscam aumentar a acessibilidade dessa rede social (ALMAO & GOLPAYEGANI, 2019; MENDES et al., 2018; ZAHIDA et al., 2021) se tornam ainda mais urgentes.

O Instagram se mostrou como a segunda rede social mais utilizada (77,7% da amostra a acessava ao menos diariamente, e apenas 7,4% dos participantes não a usava). Num estudo brasileiro de 2019, foi observado que mesmo em comparação com faixas etárias mais jovens, a satisfação na utilização dessa rede social entre idosos é alta, e que 90% consideraram a interface do aplicativo atraente (GIASSI & SEABRA, 2019). Outras pesquisas também demonstram que o Instagram tem sido utilizado por esse grupo como uma forma de desafiar estereótipos negativos relacionados ao envelhecimento, compartilhando sua vida diária e desassociando a imagem de pessoa idosa como “frágil e limitada” (MIRANDA; ANTUNES; GAMA, 2021, 2022). Portanto, enquanto o WhatsApp parece ser utilizado principalmente como ferramenta de comunicação, o Instagram se mostra como uma plataforma de compartilhamento de uma identidade.

A frequência de utilização do Facebook foi relativamente similar a do Instagram (62,9% de uso diário), apesar de pesquisas demonstrarem que os objetivos do uso de cada rede social sejam diferenciados. Haris e colaboradores (2014) apontam que o foco do uso do Facebook nesse grupo é a construção e manutenção de vínculos de amizade, formação de grupos e busca de suporte emocional. Os resultados de Mo e colaboradores (2018), mais recentemente, corroboram essa afirmação. Desse modo, é possível observar que não só pessoas idosas estão cada vez mais presentes nas redes sociais, mas sua utilização

de cada uma dessas aplicações parece servir a necessidades psicossociais diferenciadas.

Finalmente, as redes sociais Tiktok e Twitter foram as menos utilizadas pela amostra, com nenhum dos participantes acessando o Tiktok diariamente e apenas 11,1% realizando esse acesso ao Twitter. Apesar dessas informações serem corroboradas por investigações recentes, que demonstram que essas redes sociais tem um público majoritariamente mais jovem (CECI, 2022; STATISTA RESEARCH DEPARTMENT, 2021), não foram encontradas na literatura explicações para tal fenômeno. Algumas possibilidades são que talvez as redes sociais mencionadas anteriormente já cumpram funções que outras poderiam realizar. No caso do Tiktok especificamente, o fato de ser a rede social mais jovem da lista também deve ser levado em consideração.

Saindo da frequência geral, a **Tabela 2** indica que não houveram diferenças significativas entre os gêneros na frequência do uso de redes sociais. Esses dados vão contra informações acerca da população geral (e.g. STATISTA RESEARCH DEPARTMENT, 2022b, 2022c), contudo, essas pesquisas são em sua maioria compostas por pessoas mais jovens, a maior parcela da demografia dessas redes sociais.

Sendo concluída a análise das características de utilização das redes sociais, se passou para a segunda parte dos resultados, investigando a questão: Afinal, o que motiva o uso da internet por pessoas mais velhas?

Tabela 1 – Características do Uso de Redes Sociais da Amostra

Rede Social	Não utiliza essa rede social	Menos de uma vez por mês	2-3 vezes por mês	Algumas vezes por semana	Diariamente	Várias vezes ao dia
Whatsapp	0%	0%	0%	11,1%	22,2%	66,7%
Instagram	7,4%	7,4%	0%	7,4%	33,3%	44,4%
Facebook	18,5%	0%	7,4%	11,1%	40,7%	22,2%
Tiktok	88,9%	3,7%	0%	7,4%	0%	0%
Twitter	63%	3,7%	14,8%	7,4%	3,7%	7,4%

Fonte: Os autores

Tabela 2 - Uso de Redes Sociais: diferenças de gênero

Rede Social	Média Feminina (Desvio-Padrão)	Média Masculina (Desvio-Padrão)	t	df	p
Whatsapp	4,57 (0,67)	4,50 (0,83)	0,21	25	0,830
Instagram	4,00 (1,34)	3,33 (2,25)	0,69	6	0,515
Facebook	3,29 (1,61)	3,00 (2,36)	0,34	25	0,733
Tiktok	0,19 (0,68)	0,50 (1,22)	-0,81	25	0,422
Twitter	0,95 (1,50)	1,56 (1,97)	-0,71	25	0,481

Motivações para Usar a Internet

Primeiramente, as respostas dos participantes foram categorizadas conforme a similaridade das motivações apresentadas, como pode ser observado na **Tabela 3**. Nesse sentido, cinco categorias principais de motivação surgiram: o contato social (manutenção e criação de vínculos, interação social), o estudo (fazer cursos, aprender novas habilidades), a informação (buscar notícias acerca de temas específicos), a internet como passatempo (para se divertir, lazer) e o trabalho (participar de atividades relacionadas à ocupação, resolução de problemas).

Tabela 3 - Categorização das Motivações para o uso de Internet.

Categoria da Resposta	Exemplos de Respostas
Contato Social	"Amigos"
Estudo	"Pesquisas para a faculdade"
Informação	"Facilidade para encontrar informações."
Passatempo	"Diversão"
Trabalho	"Trabalhar"

Mas quais foram as categorias mais presentes? Como demonstrado na **Figura 1**, os participantes utilizaram a internet principalmente como forma de acesso à informação, corroborando dados de Deursen e

Helsper (2015), ao nível internacional, e de Krug e colaboradores (2018) no contexto brasileiro: essa pesquisa acompanhou mais de mil idosos em Florianópolis, destacando que alguns dos principais objetivos do uso da internet nessa amostra eram buscar informações acerca de bens, serviços, notícias e relacionadas à saúde.

Essas informações também demonstram a evolução das razões principais para utilização da internet por pessoas mais velhas, tendo em vista que a busca de informações online ainda era extremamente baixa nesse grupo em meados de 2003 (FOX, 2004; HUNSAKER & HARGITTAI, 2018). Mas essa utilização é de fato benéfica? É possível ver dois lados da questão: por um lado, pesquisas como a de Meireles e Fortes (2016) observam que uma grande parcela da população idosa atribui a internet a capacidade de proporcionar maior acesso à informação e conhecimento.

Por outro lado, a porcentagem de notícias falsas acessadas e compartilhadas por pessoas mais velhas é consideravelmente alta, especialmente em casos onde a internet é uma das principais formas de acesso à informação do participante (PHANMOOL & PROPUNPROM, 2021). Desse modo, a necessidade de cautela com a busca de informação como principal motivação para o uso da internet é evidenciada (YABRUDE et al., 2020).

Esses dados também se tornam interessantes quando comparados com a rede social mais utilizada pela amostra, o WhatsApp. Isso porquê, projetos como os de Nguyen e Woo (2020), onde essa rede social é utilizada com o objetivo de compartilhar informações relevantes a esse público-alvo (no exemplo citado, conhecimento acerca de sintomas de demência), são cada vez mais comuns. Desse modo, as redes sociais se tornam não só uma ferramenta de interação e entretenimento, mas também de acesso à conhecimento.

A segunda motivação principal relatada para o uso de internet foi o trabalho. Essa resposta também pode ter sido afetada pelo fato da pesquisa ser realizada durante o contexto da pandemia do COVID-19, onde inúmeros trabalhadores se constatarem na necessidade de migrar para o *home office*, independente de seu nível de conhecimento das tecnologias necessárias para tal alteração (LOSEKANN & MOURÃO, 2020).

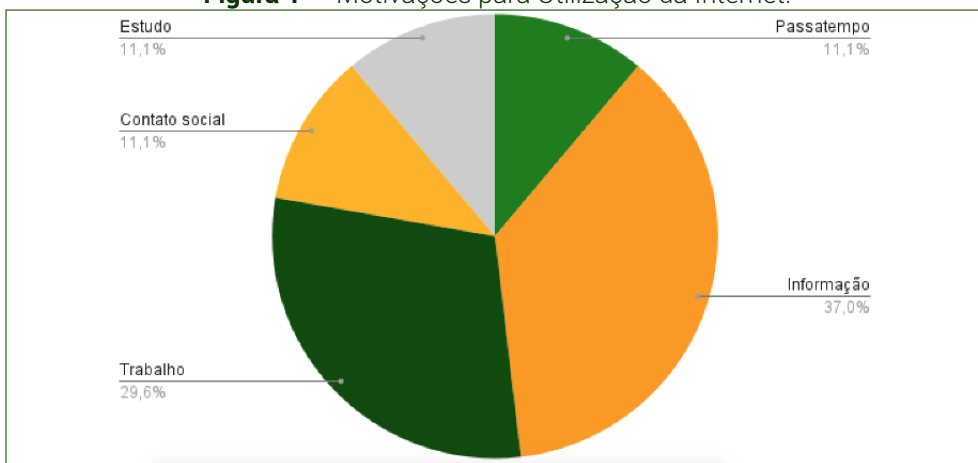
O contato social, o passatempo e o estudo empataram no número de respondentes que os destacaram como motivações principais para utilização da internet. Essas motivações também foram citadas como benefícios do meio virtual em estudos anteriores (HARIS et al., 2014; MEIRELES & FORTES, 2016).

Como discutido no tópico anterior, o contato social é um dos principais aspectos do uso de redes sociais por idosos, proporcionando desenvolvimento e manutenção de relacionamentos e podendo até mesmo impactar positivamente a qualidade de vida (JANTSCH et al., 2012). Chepe e Adamatt (2015), num estudo com idosos brasileiros, observaram numa análise qualitativa que os termos “socialização” e “comunicação” eram essenciais para compreender o uso do Facebook por essa população naquela época, também corroborando informações trazidas anteriormente.

A busca de lazer e entretenimento na internet também parece frequente nessa população, em especial considerando as mudanças trazidas pela pandemia do COVID-19 (RIBEIRO et al., 2020). Alguns exemplos de passatempos apreciados por essa faixa etária encontrados na literatura são a criação e edição de álbuns de fotos virtuais, jogos online e o *streaming* de conteúdo, como vídeos e músicas (DONG et al., 2018; NIMROD, 2009).

Falando do uso da internet como ferramenta de estudo, autores como Eynon e Helsper (2010) questionam se esse advém de escolha ou exclusão: em outras palavras, estaria a população mais idosa utilizando esse meio para aprendizagem por existirem benefícios reais ou por falta de outras oportunidades? De uma forma ou de outra, Machado e colaboradores (2011) indicam que o desenvolvimento de ambientes de ensino-aprendizagem virtuais para a população mais velha devem ser diferenciados para de fato se tornarem eficazes. A intervenção de Cachioni e colaboradores (2021) acerca do letramento digital corrobora essa preocupação.

Figura 1 – Motivações para Utilização da Internet.



Fonte: Os Autores.

Por fim, foram investigadas diferenças de gênero nas motivações para utilizar a internet (**Tabela 4**), sendo observado diferenças significativas em apenas duas categorias: homens utilizaram mais a internet para se informar ($t = -2,98$; $p < 0,01$), enquanto mulheres a usaram mais para o trabalho ($t = 3,50$; $p < 0,01$). Esses resultados contradizem o observado por Deursen e Helsper (2015), onde os participantes homens usavam a internet mais para propósitos recreativos e as mulheres para contato social. Contudo, é importante salientar que essas diferenças podem advir das formas de mensuração utilizadas (o presente estudo solicitou apenas a motivação principal, enquanto a pesquisa citada mensurou a importância de uma série de motivações).

Tabela 4 – Motivação principal para usar a Internet: diferenças de gênero

Motivação Principal para usar a Internet	Média Feminina (Desvio-Padrão)	Média Masculina (Desvio-Padrão)	t	df	p
Informação	0,23 (0,43)	0,83 (0,40)	-2,98	25	0,006
Trabalho	0,38 (0,49)	-*	3,50	20	0,002
Contato Social	0,14 (0,35)	-*	0,96	25	0,345
Estudo	0,14 (0,35)	-*	1,82	20	0,083

Passatempo	0,09 (0,30)	0,16 (0,40)	-0,475	25	0,639
------------	----------------	----------------	--------	----	-------

*Nenhum participante a reportou como motivação principal nesse grupo

Fonte: Os autores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi compreender as características e motivações de brasileiros acima dos 50 anos para utilizar a internet e as redes sociais. Os resultados demonstraram uma alta porcentagem de pessoas nessa faixa etária que usam esses meios principalmente como uma forma de obter informações. Por esse motivo, destaca-se a necessidade de que estudos futuros no contexto brasileiro investiguem a qualidade e acurácia das informações sendo consumidas, bem como as consequências destas em processos psicológicos e no comportamento. Pode-se investigar, por exemplo, como os hábitos de consumo de informação sobre saúde impactam a probabilidade de *check-ups* anuais, ou a automedicação.

Apesar de trazer informações relevantes, o presente estudo não está isento de limitações. Mesmo se tratando de uma análise inicial, o tamanho amostral limita consideravelmente as conclusões a serem tiradas acerca dos dados, mesmo que esses sejam corroborados pela literatura prévia. A disparidade de gênero entre os participantes é outra limitação referente a amostra. Assim, são necessárias investigações posteriores acerca desse tema.

Uma última limitação é o fato de que a pesquisa foi realizada no próprio ambiente virtual, através das redes sociais, aumentando a probabilidade de resposta de sujeitos que já utilizam esses ambientes com maior frequência. Assim, estudos futuros podem abordar a mesma população através de estratégias diferentes, investigando se idosos que utilizam a internet com menor frequência tem motivações diferenciadas para tal uso.

A identificação de cinco categorias principais de motivação para o uso da internet pode ser aplicada para o desenvolvimento de um questionário quantitativo para mensurar tal construto no contexto brasileiro. Essa medida também facilitaria a comparação das motivações entre faixas etárias diferentes.

Com a internet se tornando cada vez mais uma parte inseparável da vida na contemporaneidade, se torna necessário compreender as possibilidades e consequências dessas tecnologias de informação e comunicação para pessoas de todas as faixas etárias, não só mais de indivíduos mais jovens. Assim, espera-se ter contribuído na compreensão de como as novas tecnologias têm participado do dia-a-dia de pessoas idosas no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALMAO, E.; GOLPAYEGANI, F. Are Mobile Apps Usable and Accessible for Senior Citizens in Smart Cities? Em: ZHOU, Jia; SALVENDY, Gavriel (Orgs.). **Human Aspects of IT for the Aged Population. Design for the Elderly and Technology Acceptance**. Cham: Springer International Publishing, 2019, v. 11592, p. 357–375. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-22012-9_26>. Acesso em: 16 maio 2022.

BORGES, A. **Idosos conectados: a interação da terceira idade com as redes sociais digitais no interior do Rio Grande do Norte**. Orientadora: Juliana Sousa. 2019. 48p. TCC (Graduação) – Curso de Bacharelado em Ciências da Informação, Departamento de Ciências Exatas e Tecnologia da Informação, Angicos. Disponível em: https://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/2448/2/AldeciAPB_MONO.pdf. Acesso em 16 mai. 2022.

CACHIONI, M.; FLAUZINO, K. de L.; BATISTONI, S. S. T.; CLIQUET, L. O. B. V.; ZAINÉ, I.; PIMENTEL, M. da G. C. IDOSOS ON - LINE: TECNOLOGIA COMO RECURSO PARA A APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/118156>. Acesso em: 16 mai. 2022.

CECI, L. **Global TikTok user age and gender distribution 2022**. Statista. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/1299771/tiktok-global-user-age-distribution/>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

CHEPE, L. M.; ADAMATTI, D. F. Estudo sobre interação de idosos em redes sociais digitais. **Informática na educação: teoria e prática**, Porto Alegre,

v. 18, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/InfEducTeoriaPratica/article/view/54486>. Acesso em: 16 maio. 2022.

DONG, Y.; HU, H.; WEN, Y.; et al. Personalized Emotion-Aware Video Streaming for the Elderly. Em: MEISELWITZ, Gabriele (Org.). **Social Computing and Social Media. Technologies and Analytics**. Cham: Springer International Publishing, 2018, v. 10914, p. 372–382. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-91485-5_28>. Acesso em: 16 maio 2022.

EYNON, R.; HELSPER, E. Adults learning online: Digital choice and/or digital exclusion? **New Media & Society**, v. 13, n. 4, p. 534–551, 2010. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1461444810374789>>. Acesso em: 16 maio 2022.

FOX, S. Older Americans and the Internet. **Washington, DC: Pew Internet & American Life Project**. 2004. Disponível em: <http://www.pewinternet.org/2004/03/28/older-americans-and-the-internet/>. Acesso em: 16 mai. 2022.

GIASSI, Beatriz Hencklein; SEABRA, Rodrigo Duarte. Usability assessment of the instagram application on smartphones with emphasis on elderly users. In: **Proceedings of the 18th Brazilian Symposium on Human Factors in Computing Systems**. Vitória, Espírito Santo Brazil: ACM, 2019, p. 1–4. Disponível em: <<http://dl.acm.org/doi/10.1145/3357155.3360470>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

HÄMMERLE, V.; PAULI, C.; BRAUNWALDER, R.; et al. WhatsApp's Influence on Social Relationships of Older Adults: In: **Proceedings of the 6th International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health**. Prague, Czech Republic: SCITEPRESS - Science and Technology Publications, 2020, p. 93–98. Disponível em: <<http://www.scitepress.org/DigitalLibrary/Link.aspx?doi=10.5220/0009470100930098>>. Acesso em: 16 maio 2022.

HARIS, N.; MAJID, R.; ABDULLAH, N.; et al. The role of social media in supporting elderly quality daily life. In: **2014 3rd International Conference on User Science and Engineering (i-USer)**. 2014, p. 253–257. Disponível

em: <<http://ieeexplore.ieee.org/document/7002712/>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

HUNSAKER, A.; HARGITTAL, E. A review of Internet use among older adults. **New Media Society**, v. 20, n. 10, p. 3937–3954, 2018. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1461444818787348>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

JANTSCH, A.; MACHADO, L.; BEHAR, P.; et al. As Redes Sociais e a Qualidade de Vida: os Idosos na Era Digital. **Revista Iberoamericana de Tecnologías del Aprendizaje: IEEE-RITA**, v. 7, n. 4, p. 173–179, 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7140305>>. Acesso em: 16 maio 2022.

KHALID, S.; PEDERSEN, M.. Digital Exclusion in Higher Education Contexts: A Systematic Literature Review. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 228, p. 614–621, 2016. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042816310205>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

KRUG, R.; XAVIER, A.; D'ORSI, E.. Fatores associados à manutenção do uso da internet, estudo longitudinal EpiFloripa Idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 37, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/144975>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

KWONG, Y. Digital divide: computer and Internet use by elderly people in Hong Kong. **Asian Journal of Gerontology & Geriatrics**, v. 10, pp. 5–9. 2015. Disponível em: https://www.proquest.com/openview/3382fffe-c5056d31b59809d297816099/1?pq-origsite=gsc_holar&cbl=5191099. Acesso em: 16 maio 2022.

LOSEKANN, R.; MOURÃO, H. DESAFIOS DO TELETRABALHO NA PANDEMIA COVID-19: QUANDO O HOME VIRA OFFICE. **Caderno de Administração**, v. 28, p. 71–75, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/53637>>. Acesso em: 16 maio 2022.

MACHADO, L.; BEHAR, P.; DOLL, J. O Uso De Um Ambiente Virtual De Aprendizagem Por Idosos: Considerações E Discussões. **Nuevas Ideas en**

Informática Educativa, v. 7, pp. 247-254. Disponível em: <http://www.tise.cl/volumen7/TISE2011/Documento34.pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

MEIRELES, S.; FORTES, R. Os benefícios da internet na vida dos idosos do município de Luziânia-Goiás. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 117–123, 2016. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/263>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

MENDES, J.; JÚNIOR, J.; TRINDADE, W.; FERNANDES, A.; CABREJOS, L.; JÚNIOR, G. Reprojetado da Interface do WhatsApp considerando o Usuário da Terceira Idade. **JIM 2018 VII Jornada de Informática do Maranhão**. 2018. Disponível em: <http://sistemas.deinf.ufma.br/anaisjim/artigos/2018/201803.pdf>. Acesso em 16 mai. 2022.

MIRANDA, S.; ANTUNES, A. C.; GAMA, A. Challenging old paradigms about aging and social networks: Seniors as social influencers. **Proceedings of Ageing Congress**. 2021.

MIRANDA, S.; ANTUNES, A. C.; GAMA, A. A Different type of Influencer? Examining Senior Instagram Influencers Communication. **European Conference on Social Media**, v. 9, n. 1, p. 130–136, 2022. Disponível em: <<https://papers.academic-conferences.org/index.php/ecsm/article/view/337>>. Acesso em: 16 mai 2022.

MO, F.; ZHOU, J.; KOSINSKI, M.; et al. Usage patterns and social circles on Facebook among elderly people with diverse personality traits. **Educational Gerontology**, v. 44, n. 4, p. 265–275, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1459088>>. Acesso em: 16 maio 2022.

NAÇÕES UNIDAS. **World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables (ESA/P/WP/248)**. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2017.

NGUYEN, B.; WOO, B. K. P. Sharing is Caring: WhatsApp as a method of disseminating dementia knowledge to elderly Chinese Americans. **International Psychogeriatrics**, v. 32, n. 2, p. 281–282, 2020. Disponível em: <https://>

www.cambridge.org/core/product/identifier/S1041610219000656/type/journal_article. Acesso em: 16 mai. 2022.

NIMROD, G. The internet as a resource in older adult leisure. **International Journal on Disability and Human Development**, v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/IJDHD.2009.8.3.207/html>>. Acesso em: 16 maio 2022.

PEW RESEARCH CENTER. Share of those 65 and older who are tech users has grown in the past decade. 2022. Disponível em: <<https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/01/13/share-of-those-65-and-older-who-are-tech-users-has-grown-in-the-past-decade/>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

PHANMOOL, J.; PROPUNPROM, P. Situation of Media Access, Fake News Recognition and the Impacts of Media Use of the Elderly in Urban Communities in a New Normal. **Journal of Legal Entity Management and Local Innovation**, v. 7, n. 8, p. 171–184, 2021. Disponível em: <<https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsa-journal/article/view/251254>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

STATISTA RESEARCH DEPARTMENT. **Twitter. U.S. users by age and tweet volume 2021**. Statista. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/1304685/us-twitter-users-age-and-frequency/>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

STATISTA RESEARCH DEPARTMENT. **Number of Facebook users in Brazil by gender 2022**. Statista. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/866227/facebook-user-share-brazil-gender/>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

STATISTA RESEARCH DEPARTMENT. **Instagram user share in Brazil by gender 2022**. Statista. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/866193/instagram-user-share-brazil-gender/>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

STATISTA RESEARCH DEPARTMENT. **Brazil: share of internet users by age group 2020**. Statista. Disponível em: <<https://www.statista.com/>>

statistics/254724/age-distribution-of-internet-users-in-brazil/>. Acesso em: 16 maio 2022.

RAMOS, D.; BAHÍ DA SILVA, G.; MORGANA SILVA TAVARES, G.; VARGAS FERREIRA, F.; VIROTE KASSICK MÜLLER, D.; KEMEL ZANELLA, ÂNGELA. Pandemia Da Solidariedade: Grupo De Whatsapp Como Ferramenta De Apoio E Aproximação Com Os Idosos Durante O Covid-19. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 12, n. 3. 20 nov. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/106721>. Acesso em 16 mai. 2022.

RIBEIRO, O.; SANTANA, G.; TENGAN, E.; et al. Os impactos da pandemia da covid-19 no lazer de adultos e idosos. **Licere (Online)**, p. 391–428, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1145278>>. Acesso em: 16 maio 2022.

VAN DEURSEN, A.; HELSPER, E. J. A nuanced understanding of Internet use and non-use among the elderly. **European Journal of Communication**, v. 30, n. 2, p. 171–187, 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0267323115578059>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

YABRUDE, A.; SOUZA, A.; CAMPOS, C.; et al. Desafios das Fake News com Idosos durante Infodemia sobre Covid-19: Experiência de Estudantes de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**, v. 44, sup. 1, pp. e140–e140, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000500405>. Acesso em: 16 mai. 2022.

ZAHIDA, W; EFFENDY, V.; HADIKUSUMA, A. Improving Messenger Accessibility for Elderly Users using User Centered Design (UCD) Methods (Study Case: WhatsApp). **2021 International Conference on Software Engineering & Computer Systems and 4th International Conference on Computational Science and Information Management (ICSECS-ICOCSIM)**, pp. 273-278. 2021. Disponível em: 10.1109/ICSECS52883.2021.00056. Acesso em 16 mai. 2022.

COMUNICAÇÃO EFETIVA EM TERAPIA INTENSIVA NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA

ALANA VIEIRA LORDÃO

Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela UFPB, alanavieirap@gmail.com

WASHINGTON SILVA MENEZES

Enfermeiro, Mestre em Terapia Intensiva pelo IMBES-SP, Graduando em Medicina pelo Centro Universitário UNIFACISA-CG, washington_43@hotmail.com;

MATHEUS GOMES DE SOUSA

Graduando em Medicina pelo Centro Universitário UNIFACISA-CG, mathuesgomes98@hotmail.com;

CIBELLY NUNES FORTUNATO

Enfermeira, Mestra em Enfermagem pela UFPB, cibelly.nunes@academico.ufpb.br.

RESUMO

A comunicação efetiva é uma das mais importantes habilidades na promoção da segurança do paciente, sobretudo nas unidades de terapia intensiva, onde o desafio está em elaborar estratégias para obter uma transmissão da informação eficaz e aprimorar a qualidade da assistência reduzindo a incidência de riscos e danos ao paciente. Em face da transição demográfica mundial ocasionada pelo envelhecimento populacional, há uma projeção do aumento gradativo no perfil de idosos ocupando leitos de unidade de terapia intensiva ao longo dos próximos anos. O objetivo dessa revisão foi identificar na literatura científica fragilidades e estratégias para comunicação efetiva em terapia intensiva no contexto da segurança do paciente. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com estudos publicados em bases de dados científicas que abordassem a temática. Um total de 13 estudos compuseram a amostra final. Após a análise do conteúdo foi possível delinear principais falhas na transmissão de informações durante o processo de cuidado multiprofissional nas unidades de terapia intensiva e pontuar estratégias para minimizá-las. Evidenciou-se sob o ponto de vista organizacional, a importância do fortalecimento de uma cultura não punitiva, no que se refere ao uso da comunicação sobretudo nos momentos potenciais de risco a ocorrência de eventuais erros, propõe-se o uso de protocolos e ferramentas do tipo *check-list* como instrumentos gerenciais durante o processo do cuidado na perspectiva de melhoria da qualidade na assistência e da segurança do paciente, inclusive sob o ponto de vista ético e legal.

Palavras-chave: Comunicação em saúde, Segurança do paciente, Unidades de terapia intensiva, Tecnologias em saúde, Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dentro de um ambiente hospitalar, caracteriza-se por uma área crítica de alta complexidade onde são direcionados pacientes graves que necessitam de estabilidade clínica através da atuação de uma equipe multiprofissional especializada em métodos de suporte avançado, com disponibilidade de tecnologias que auxiliem no diagnóstico, monitorização e vigilância terapêutica (ANVISA, 2010).

Atualmente, em face da transição demográfica ocasionada pelo envelhecimento populacional em todo o mundo, percebe-se uma mudança no perfil dos leitos ocupados de UTI, bem como, há uma projeção de aumento gradativo dessa faixa etária ao longo dos próximos anos. Tal fato, exige cada vez mais dos serviços e profissionais que apresentem novas tecnologias promissoras na perspectiva de melhorar e aperfeiçoar o atendimento e os cuidados a essa clientela (AGUIAR *et al.*, 2022).

Um dos grandes desafios nas UTI, considerando tamanha especificidade e padrões de exigências para o seu funcionamento, está em promover a segurança dos pacientes clinicamente instáveis, num ambiente onde há um fluxo intenso entre toda equipe assistencial e os pacientes quando comparados às demais unidades hospitalares (SOUZA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução dos riscos de danos desnecessários ao paciente associado à assistência em saúde até um mínimo aceitável e à capacidade de adequação das instituições de saúde em relação aos riscos humanos e operacionais ao processo de trabalho diante dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco (WHO, 2008).

De modo geral, a comunicação é classificada como um elemento essencial nas relações humanas, através dela que acontece a troca de informação envolvendo emissor e receptor, interpretada por uma determinada mensagem. Portanto, tem sido considerada como ferramenta extremamente importante nas relações de trabalho entre os profissionais de saúde, pacientes e seus familiares contribuindo para o processo de segurança do paciente. Visto que falhas durante a troca

de informações possa ocasionar incidentes e eventos adversos relacionados à comunicação entre a equipe multiprofissional (FRUTUOSO *et al.*, 2019).

A comunicação efetiva está entre as metas internacionais de segurança do paciente, um desafio proposto para uma assistência segura e centrada no paciente. Nesse sentido, estudos demonstram que a falha na comunicação, em decorrência de vários fatores, tem sido considerada um dos principais causadores de eventos adversos. Dados da *Joint Commission Internacional (JCI)*, órgão norte americano, sem fins lucrativos, responsável pela acreditação de unidades de saúde em vários países, indicam que cerca de 70% dos eventos graves indesejados estão relacionados à comunicação ineficaz (JCI, 2012).

Inserida entre os seis protocolos básicos de segurança do paciente, o de comunicação efetiva, deve ser implementado em toda instituição de saúde pública e privada. Numa possível ocorrência de evento adverso em decorrência de falha na comunicação, esta deve ser imediatamente identificada e notificada. A formalização da notificação será por meio de um instrumento contendo informações que permitam identificar os fatores contribuintes e atenuantes, servindo como fonte de aprendizado no processo do cuidado mais seguro, através da avaliação de suas causas e adoção de ações para melhorias (BRASIL, 2013a).

No Brasil, a importância da comunicação efetiva como meta de segurança do paciente foi difundida após publicação da Portaria Ministerial nº 529/2013. Pesquisas demonstram que a importância da comunicação eficaz no trabalho em equipe, sobretudo na área da saúde, são fatores determinantes na qualidade da assistência prestada. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados a assistência à saúde, fato que fez despertar órgãos a investigar e propor soluções para prevenção da ocorrência dos danos (BRASIL, 2013b).

Desde 2004 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) incorporou as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS na qual o Brasil faz parte. A partir daí, vem intensificando suas atividades na perspectiva da segurança do paciente nos serviços de saúde em parceria com o Ministério da Saúde (MS). Portanto, práticas de vigilância e monitoramento sobre materiais,

dispositivos, equipamentos, medicamentos, saneantes e o uso de hemoderivados, bem como as infecções relacionadas à assistência à saúde, aliam-se à vigilância e controle de eventos adversos, em busca de uma atenção qualificada à saúde (ANVISA, 2016).

Contudo, considera-se a comunicação uma das mais importantes habilidades e ferramenta para promover a segurança do paciente. O desafio está em elaborar estratégias para obter uma comunicação eficaz e assim aprimorar a qualidade da assistência reduzindo a incidência de riscos e falhas, garantindo um cuidado seguro (FRAGA *et al.*, 2017).

Na perspectiva dos serviços de saúde, particularmente na UTI, destaca-se por um ambiente onde há um fluxo intenso de profissionais da saúde, pela instabilidade dos pacientes e pela necessidade de manejar terapias frequentes, sistemas de informação e equipamentos sonoros, dada a complexidade da clientela ali assistida, logo, a transmissão de informações tende a acontecer de maneira comprometida devido a ocorrência, dentre outros fatores, dos ruídos presente naquele espaço (SANTOS *et al.*, 2019).

Nos cuidados intensivos, deve-se atentar a uma gama variada de dados relacionados aos cuidados direto ao paciente crítico bem como a necessária atenção aos familiares. Sendo assim, os profissionais devem lidar de forma integrada e sistematizada com inúmeros fatores determinantes ao prognóstico, dentre eles a transmissão de informações relacionadas ao paciente crítico (SILVA *et al.*, 2016).

No entanto, em razão do propósito de garantir a segurança do paciente, a realização dessa busca justifica-se pela necessidade de conhecer evidências científicas acerca de estratégias que auxiliem e padronizem a transmissão de informações relacionadas à assistência em saúde enquanto elemento fundamental para a qualidade dos serviços.

Atentando para essa realidade, torna-se imprescindível a busca de evidências na literatura acerca do tema, com a finalidade de expor o que tem sido estudado, proposto e/ou utilizado para subsidiar a melhoria da comunicação e transmissão de informações qualificadas durante o monitoramento dos cuidados, sobretudo nas unidades de terapia intensiva. Logo, surgiu o seguinte questionamento o qual se tornou a pergunta norteadora deste estudo: Quais achados na literatura evidenciam situações de maior fragilidade à falha de comunicação bem como estratégias para minimizá-las durante a prática do cuidado

multiprofissional nas unidades de terapia intensiva? Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo: identificar na literatura científica fragilidades e estratégias para comunicação efetiva em terapia intensiva no contexto da segurança do paciente.

METODOLOGIA

Para realização deste estudo, optou-se pela Revisão Integrativa da Literatura (RIL) um dos principais recursos da prática baseada em evidências. Trata-se de uma metodologia que auxilia na busca de conhecimento e análise da aplicabilidade dos resultados obtidos, bem como proporciona ao pesquisador aspectos relacionados ao problema apreciado e sua evolução ao longo do tempo. Suas etapas constam da identificação do problema e formulação da questão norteadora; definições sobre a busca da literatura; categorização dos resultados; avaliação/análise dos dados; síntese e apresentação dos achados (GIL, 2017).

A revisão integrativa caracteriza-se por avaliar o conhecimento produzido em pesquisas prévias, destacando aspectos relacionados a conceitos, procedimentos, resultados, discussões e conclusões relevantes para seu trabalho. Assim como em outros tipos de abordagens, o rigor científico exigido em sua natureza pode subsidiar o desenvolvimento e a acurácia da prática clínica e conseqüentemente intervenções que tenham como resultados a segurança do paciente. Portanto, um dos aspectos fundamentais a ser considerado pelo pesquisador é o tamanho da amostra, ou seja, a busca da literatura deverá ser exaustiva (PRODANOV; FREITAS, 2013).

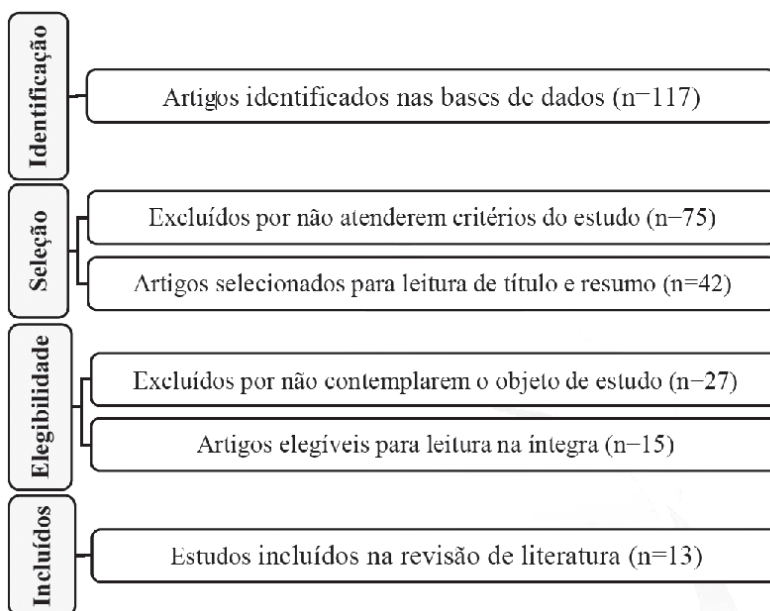
Identificado o problema por sua relevância e formulada a pergunta norteadora, a abrangência da revisão deu-se inicialmente pela definição dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) / *Medical Subject Headings* (MeSH) "Comunicação em saúde" "Segurança do paciente" "Unidades de terapia intensiva" os quais constituíram a pesquisa nas bases de dados de forma relacionada e organizada entre si com a adição do booleano *AND* disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), com o objetivo de selecionar os artigos

publicados que abordem a temática e apontem lacunas a serem preenchidas por meio de novos estudos e possibilite conclusões através da análise crítica.

A busca bibliográfica foi desenvolvida nos meses de outubro a dezembro de 2021. Apresentou como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra, *online*, nos idiomas português e inglês, que retratassem a temática discutida, artigos publicados e indexados no período de 2016 a 2020, e como critérios de exclusão: dissertações, teses, editoriais e livros, indisponibilidade, duplicidade e o não atendimento ao objeto de estudo.

Após a associação dos descritores foram identificados 117 artigos, em seguida aplicado os critérios de inclusão e exclusão 42 estudos tiveram seus títulos e resumos lidos, dos quais 15 foram selecionados para leitura sistemática de seu conteúdo na íntegra resultando assim na composição de 13 artigos para amostra final (Figura 1). A avaliação dos dados foi realizada através da análise desta amostra e da observação dos resultados apresentados por eles e interpretados conforme o estudo foi sendo realizado.

Figura 1: Fluxograma PRISMA representativo da pesquisa bibliográfica, João Pessoa-PB, Brasil, 2021.



Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, 2021

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitiram elencar as fragilidades e expressivas recomendações e estratégias para a melhoria da cultura de segurança do paciente, na perspectiva da utilização de uma comunicação eficaz entre as equipes de saúde em unidades de terapia intensiva, conforme principais achados dispostos no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos estudos segundo artigo e ano de publicação, objetivo do estudo e principais achados (n=13). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Artigo / Ano	Objetivo	Principais achados
Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. (2019)	Conhecer a cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva.	A comunicação efetiva entre a equipe da Unidade de Terapia Intensiva é um elemento que pode impactar de modo positivo para a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. A cultura não punitiva, deve ter como base uma comunicação voltada para o aprendizado coletivo.
Ruídos na comunicação durante o <i>handover</i> da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. (2019)	Descrever o processo de comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem da terapia intensiva durante o <i>handover</i> .	Os elementos evidenciados que fragilizam esse processo foram a ausência/incompletude de informações sobre o paciente, com focalização da comunicação sobre intercorrências, evolução do paciente nas últimas 24 horas, bem como em resultados de exames e pouca valorização dos dados sobre avaliação, plano de cuidados e informações sobre o estado clínico do paciente. Interrupções como chegadas atrasadas ou saídas antecipadas, tom de voz baixo, conversas paralelas e uso de celulares foram ruídos na comunicação entre a equipe de enfermagem, causando, algumas vezes, a descontinuidade da informação e perda de dados. Interrupções como chegadas atrasadas ou saídas antecipadas, tom de voz baixo, conversas paralelas e uso de celulares foram ruídos na comunicação entre a equipe de enfermagem, causando, algumas vezes, a descontinuidade da informação e perda de dados.
Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. (2016)	Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a comunicação durante a passagem de plantão e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico.	Apontam sobre a importância dos registros das informações, bem como a identificação do paciente pediátrico e a família como foco do cuidado. Podendo-se utilizar de recursos tecnológicos e/ou com o aprimoramento de técnicas, mas devem também estar atentos às habilidades e competências para realizar uma comunicação eficaz. Há uma necessidade de sistematizar a passagem de plantão, tornando a comunicação eficaz, contemplando assim a especificidade do paciente pediátrico e sua família.

Artigo / Ano	Objetivo	Principais achados
<p>Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. (2019)</p>	<p>Aprender a percepção da equipe de saúde frente às barreiras de comunicação e identificar fatores que contribuem ou interferem na comunicação da equipe de saúde.</p>	<p>As principais barreiras de comunicação estão relacionadas a falta completa de comunicação e a interrupção da comunicação, a falta de interesse do receptor da mensagem, sobrecarga de trabalho e de informação, não adequação da linguagem para permitir seu entendimento e problemas técnicos com o meio de comunicação como telefone, prescrição e sistema. E como forma de minimizar as barreiras foi citado a importância de direcionar a informação a todos os interessados, ao mesmo tempo em que a informação é passada para todos os colaboradores do setor, aumentando, assim, as chances de a informação não ser extraviada durante o diálogo direto, bem como a importância das reuniões de equipe, para que as informações cheguem a todos os integrantes da equipe.</p>
<p>Passagem de plantão em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica: interface com a segurança do paciente. (2019)</p>	<p>Identificar aspectos de afeto à segurança do paciente na passagem de plantão da equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.</p>	<p>As passagens de plantão na UTI pediátrica apresentaram alguns fatores de comprometimento como: adoção de método exclusivamente verbal, falta de participação dos acompanhantes, número expressivo de interferências e a omissão de dados em alguns casos, como: identificação do paciente, informações relacionadas a medicamentos e exames realizados.</p>
<p>Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. (2016)</p>	<p>Apresentar as recomendações dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva para a melhoria da cultura de segurança do paciente.</p>	<p>Sugerem o apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, com melhorias nas condições de trabalho, no material disponibilizado e no espaço físico; questões organizacionais como aprendizado contínuo, propostas de capacitações sobre o tema, adoção de protocolos e check-list, visando à padronização da assistência; ampliação do quadro de pessoal, redução da sobrecarga e da jornada semanal de trabalho; e recomendações relacionadas aos procedimentos e a processos de trabalho voltados à segurança do paciente.</p>
<p><i>Characterizing the structure and content of nurse handoffs: Sequential Conversational Analysis approach.</i> (2016)</p>	<p>Compreender as tarefas e atividades dos enfermeiros, antes e após as transferências.</p>	<p>As ferramentas de transferência devem destacar os eventos clínicos críticos e notáveis relacionados aos tratamentos do paciente, avaliação e planejamento baseados em sistemas dentro do contexto da condição e estado geral do paciente. Deve permitir a sinalização fácil de informações importantes, precisa ser interativa e simplificada para ajudar os enfermeiros a fornecer um cuidado mais abrangente e colaborativo.</p>

Artigo / Ano	Objetivo	Principais achados
<p>Perspectivas do administrador sobre transferências e conteúdo de UTI para ala Contido em Ferramentas de Transferência Existentes: uma Pesquisa Transversal. (2018)</p>	<p>Comparar as perspectivas dos administradores da UTI e da enfermaria sobre as práticas de transferência da UTI para a enfermaria e avaliar o conteúdo das ferramentas de transferência.</p>	<p>Evidenciou como momento crítico o de transferência da UTI, sugere maior envolvimento do paciente durante esse processo. Destaca a necessidade de desenvolvimento e implementação de uma ferramenta de transferência de UTI baseada em evidências projetada para padronizar os principais elementos de informação entre os serviços, como forma de melhorar a qualidade do atendimento durante esses períodos vulneráveis na prestação de cuidados de saúde.</p>
<p>Elaboração e validação de instrumento de assistência de enfermagem para pacientes em unidades de terapia intensiva. (2018)</p>	<p>Elaborar e validar instrumento para assistência de enfermagem, baseado em literatura específica para pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital universitário do estado de São Paulo</p>	<p>Sugere que os instrumentos quando utilizados na prática clínica do enfermeiro e de sua equipe, propicia a qualidade da assistência ao mesmo tempo em que confere ao seu trabalho cientificidade, credibilidade, resolutividade, confiabilidade e visibilidade.</p>
<p><i>Speak-up culture in an intensive care unit in Hong Kong: a cross-sectional survey exploring the communication openness perceptions of Chinese doctors and nurses.</i> (2017)</p>	<p>Explorar as percepções de abertura de comunicação de médicos e enfermeiros chineses e identificou suas percepções sobre questões de comunicação na UTI</p>	<p>Médicos e enfermeiros demonstraram diferentes percepções das práticas de expressão oral. Sugerem incentivar os membros da equipe da UTI a falar dentro da unidade e com outros departamentos, criando uma atmosfera de segurança e igualdade de status, onde os membros da equipe se sintam confiantes de que podem se comunicar abertamente e expressar suas opiniões pessoais sem medo de represálias ou constrangimentos.</p>
<p>O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. (2017)</p>	<p>Identificar os eventos adversos erro de medicação, flebite, queda e lesão por pressão e analisar suas causas raízes, propondo intervenções.</p>	<p>No aprofundamento da análise da causa raiz conforme a ocorrência dos eventos adversos, foi possível identificar a necessidade de melhoria no processo de comunicação entre as equipes, gerando um movimento de engajamento na análise e discussão dos eventos, planejamento das ações e intervenções na prática assistencial.</p>

Artigo / Ano	Objetivo	Principais achados
Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. (2018)	Levantar as evidências científicas sobre a prática do handoff na unidade de terapia intensiva quanto à segurança da comunicação entre os membros da equipe sobre o paciente hospitalizado.	Evidencia que há falhas durante o processo de comunicação na UTI por incompletude, ausência ou erros nas informações que são transmitidas acerca do cuidado prestado. Isto afeta a qualidade da assistência, resultando em intervenções atrasadas, duplicadas ou feitas de maneira equivocada. Sugere-se a organização desse processo de comunicação através de instrumentos padronizados pode otimizar o tempo de trabalho da equipe e garantir que informações primordiais para a continuidade da assistência não sejam omitidas.
Incidentes de segurança com crianças hospitalizadas reportados por seus familiares. (2020)	Conhecer os principais incidentes de segurança reportados por familiares de pacientes internados em unidades pediátricas.	Expõe a necessidade da inserção do familiar durante a assistência através de uma comunicação aberta e efetiva, com diálogo que o possibilite questionar condutas terapêuticas e participar da tomada de decisão em parceria com a equipe multiprofissional.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

As evidências levantadas pela literatura acerca da temática nos artigos selecionados para composição da amostra final demonstram inicialmente a necessidade do engajamento de toda a equipe profissional do serviço de saúde no que se refere ao entendimento da cultura de segurança do paciente, propiciando um ambiente onde todos se sintam empoderados a participar, em prol de uma assistência segura direcionando as ações e atitudes a fim de induzir mudanças comportamentais desejáveis (MINUZZI *et al.*, 2016).

Percebe-se uma preocupação generalizada acerca da compreensão fundamental sobre o termo comunicação enquanto interação entre as partes, fonte e receptor, alertando para que alguns aspectos como o elevado grau de interação no momento da troca de informações, possa vir a interferir na efetividade desta (SANTOS *et al.*, 2019).

No campo da saúde, a comunicação eficaz é considerada um instrumento que contribui para o processo de segurança do paciente durante todo o processo do cuidado, seja entre os profissionais da equipe ou entre estes e o paciente e seus familiares, tendo em vista que a troca de informações pode evitar possíveis eventos adversos.

Portanto, buscam-se estratégias para obter uma comunicação eficaz e assim melhorar a qualidade da assistência prestada reduzindo a incidência de eventos e falhas, garantindo um cuidado seguro (SILVA *et al.*, 2016).

Alguns autores definem que essas abordagens quando associadas a treinamentos e capacitações periódicas podem contribuir como barreiras administrativas no intuito de interceptar o erro ou falha e bloquear a trajetória de um possível incidente. A análise dos estudos que compõe essa revisão possibilitou identificar as situações que apresentam maior fragilidade e, por conseguinte, necessitam de um olhar mais atento, como é o caso da unidade de terapia intensiva. Com sugestões de melhorias nas condições de trabalho autores apresentam propostas, capacitações sobre o tema, adoção de protocolos e *check-list*, visando à padronização da assistência (MINUZZI *et al.*, 2016; IHI, 2011).

Com base nessa problemática, verificou-se que o processo de comunicação, sobretudo na transição do cuidado apresenta aspectos que fragilizam tal procedimento, como a ausência ou incompletude de informações sobre o paciente. Durante esse processo geralmente as equipes focam na comunicação sobre intercorrências, evolução do paciente nas últimas 24 horas, bem como em resultados de exames. Deixando a desejar em alguns fatores como a pouca valorização dos dados sobre avaliação, plano de cuidados e informações sobre o estado clínico do paciente (SANTOS *et al.*, 2019; WITISKI *et al.*, 2019).

Estudos reafirmam e direcionam essa preocupação com a comunicação e segurança do paciente na transição do cuidado em especial nas unidades de cuidados intensivos. Nesse momento crucial é onde há transferência de informações entre os profissionais de saúde durante as trocas de turnos de trabalho, configurando importante momento do processo de comunicação dessa equipe, pois proporciona foco e direcionamento aos profissionais que iniciarão o turno seguinte de trabalho. Outros aspectos como interrupções por chegadas atrasadas ou saídas antecipadas, tom de voz, conversas paralelas, uso de celulares e ruídos diversos durante a comunicação são elementos que influenciam diretamente na descontinuidade da informação concisa e conseqüentemente na perda de dados relevantes durante o processo (SANTOS *et al.*, 2019; PENA; MELLEIRO, 2017).

No que se refere as unidades de terapia intensiva, estudo aponta que as principais falhas no processo de comunicação estão relacionadas a incompletude, ausência ou erros de informações transmitidas acerca da prestação do cuidado. Tais fatores, afetam a qualidade da assistência, resultando em intervenções equivocadas, atrasadas e até duplicadas podendo causar danos desnecessários ao paciente. A organização desse processo pode otimizar o tempo de trabalho de toda equipe e garantir a qualidade e segurança ao paciente crítico. Nos casos de UTI pediátrica, estudos sugerem a inserção do familiar, durante o processo de comunicação da assistência e transição do cuidado permitindo que o mesmo possa questionar condutas terapêuticas e participar da tomada de decisão (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018; HOFFMANN *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2016).

Outra fragilidade apontada por pesquisa recente diz respeito a adoção de métodos exclusivamente verbal durante a troca de informações, pois há um número expressivo de interferências e a omissão de dados precisos em alguns casos, como: identificação do paciente, uso de terapia medicamentosa e exames realizados que podem induzir ao erro ou prejuízos ao paciente. Portanto, transferir e trocar informações de qualidade são essenciais à eficácia da boa comunicação (VALERA *et al.*, 2019; NG *et al.*, 2017).

Estudo sugere implantação de ferramentas que padronizem a comunicação efetiva através da transmissão de informações na perspectiva da continuidade do cuidado direcionadas à equipe multiprofissional dentro das unidades de terapia intensiva que possa ser acessada preferencialmente por meio digital (ABRAHAM *et al.*, 2016; WITISKI *et al.*, 2019).

Ante o exposto, uma das propostas de protocolo direcionada aos serviços de saúde e comumente utilizada no Brasil, está a ferramenta *Situation Background Assessment Recommendation* (SBAR). Inicialmente, foi um instrumento utilizado para comunicação segura contribuindo para o gerenciamento de riscos no setor da aviação. Na área da saúde, tal ferramenta foi adaptada por um médico de *Oakland*, Estados Unidos da América (EUA), para comunicação entre os membros da equipe multiprofissional na transição do cuidado com foco na qualidade da assistência e segurança do paciente (IHI, 2011; CHAHARSOUGH; AHRARI; ALIKHAH, 2014).

Contudo, o SBAR, tornou-se uma ferramenta útil de comunicação criteriosa que permite compartilhar informações de forma concisa entre os membros da equipe de saúde sobre alterações e condição de um paciente e seus sinais clínicos. Seguindo a perspectiva para estratégia de segurança do paciente, consiste em melhorar a comunicação da equipe, evitar falhas na comunicação verbal e escrita, criando um modelo mental compartilhado em torno de todo o quadro clínico do paciente e situações que requerem avaliação rápida ou troca de informação crítica (CHAHARSOUGH; AHRARI; ALIKHAH, 2014; PENA; MELLEIRO, 2017).

Trata-se de um instrumento que evidencia os seguintes itens, a Situação: O que está acontecendo com o paciente, sua identificação, explicação resumida da causalidade do problema, qual e quando aconteceu ou iniciou bem como sua gravidade. *Background* (História prévia): contexto histórico clínico, informações pertinentes dos antecedentes relacionados com a situação que podem incluir: diagnóstico de internação, data de admissão, lista das medicações em uso, alergias, sinais vitais mais recentes, data e hora em que foi realizado, exame laboratorial atual e os resultados dos exames anteriores para comparação, resumo do tratamento até o momento. Avaliação: o que está ocorrendo ou mudou em relação a avaliação anterior, o que considera que seja o problema, a condição do paciente instável ou se agravando. Recomendação: ação imediata para corrigi-lo, tratamentos específicos, exames necessários, indicando se o paciente precisa ser avaliado agora (IHI, 2011).

Achados semelhantes foram apresentados em um estudo, que demonstrou a eficácia da utilização desse mesmo instrumento aplicado em uma realidade, considerando a necessidade de intervenções específicas, visando melhorar a comunicação e o relacionamento entre as equipes nos diferentes setores do hospital (SILVA *et al.*, 2016; NG *et al.*, 2017).

Ferreira *et al.* (2018) enfatiza que durante a assistência ao paciente, o profissional deve planejar antecipadamente sua conduta, implementar suas ações e procedimentos, realizar seus registros ao passo que otimiza seu tempo de assistência e estimula o raciocínio crítico e reflexivo.

No entanto, outros meios com o mesmo objetivo podem e devem ser criados e adaptados no intuito de sistematizar informações verbalizadas sobre o que de fato é relevante a toda equipe, principalmente em situações críticas evitando erros desnecessários. A comunicação eficaz deve ser prioridade e considerada como fator determinante no trabalho em equipe de saúde. Os benefícios decorrentes desse estudo estão nas evidências relacionadas a ocorrência de falhas no processo de comunicação bem como nas orientações de estratégias que possam subsidiar um planejamento da assistência segura e qualificada.

Destaca-se como limitação do presente estudo o fato de se tratar de uma revisão do tipo integrativa, onde os resultados refletem apenas o retrato da realidade investigada. A quantidade limitada de ensaios clínicos publicados nas bases analisadas inviabiliza tal achado. Observa-se, assim, a necessidade de estudos mais amplos, a respeito do tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se, sob o ponto de vista organizacional, a importância do fortalecimento de uma cultura não punitiva. Durante o processo do cuidado, no que se refere ao uso da comunicação oral e escrita, propõe-se a implementação de protocolos e ferramentas do tipo *check-list* como instrumentos gerenciais que permitam a sinalização fácil de informações relevantes sob a perspectiva de melhoria da qualidade na assistência e da segurança do paciente, inclusive sob o ponto de vista ético e legal.

O período da transição do cuidado e passagem de plantão, foi apontado como um momento crítico, potencial de risco a ocorrência de eventuais erros. Deve-se atentar aos horários de chegada/saída das equipes, presença de ruídos externos, evitar comunicação por telefone, transmissão de informações incompletas, interrupção da comunicação, falta de interesse do receptor da mensagem, não adequação da linguagem e desvio da atenção às informações importantes a serem transmitidas. Inclusive, recomenda-se a inserção do familiar, nos casos de UTI pediátrica, durante o processo de comunicação da assistência do cuidado permitindo que o mesmo possa questionar condutas terapêuticas e participar da tomada de decisão.

Portanto, os serviços de saúde precisam se esforçar no sentido de identificar suas fragilidades e melhorar suas práticas, estabelecendo meios para o gerenciamento de riscos e controle da qualidade e segurança do paciente. Contudo, ainda há carência na literatura quanto a apresentação dos resultados destas iniciativas.

A elaboração e implantação de ferramentas com base na literatura científica e diagnóstico situacional do serviço, com foco no trabalho multidisciplinar, possibilita uma proposta baseada em evidências e adequação à realidade local com ações diversificadas, abrangentes e aplicáveis. Espera-se que o índice de eventos e/ou erros decorrentes de falha no processo de comunicação minimizem-se a partir da implantação e execução da proposta, como reflexo direto na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J. *et al.* Characterizing the structure and content of nurse handoffs: Sequential Conversational Analysis approach. **J Biomed Inform**, v.59, n.1, p.76-88, 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.11.009> >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

AGUIAR, L. M. M. *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, p. 624-634, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210088> >. Acesso em: 01 Fev. 2022.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2010. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2016. Disponível em: < <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/> >

index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente >. Acesso em: 25 Dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em 25 Dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 25 Dez. 2021.

CHAHARSOUGH, N. T.; AHRARI, S.; ALIKHAH, S. Comparar o efeito do ensino da técnica SBAR com dramatização e palestras na habilidade de comunicação de enfermeiros. **Revista de ciências do cuidado**. v. 3, n. 2, p. 141-47, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134175/>>. Acesso em: 26 Dez. 2021.

FERREIRA, R. C. *et al.* Elaboração e validação de instrumento de assistência de enfermagem para pacientes em unidades de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4836/483660655012/html/>>. Acesso em: 25 Dez. 2021.

FRUTUOSO, I. S. *et al.* Criação de um ambiente virtual de aprendizagem em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v.13, n.5, p. 1278-87, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024276>>. Acesso em: 26 Dez. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HOFFMANN L. M. *et al.* Incidentes de segurança com crianças hospitalizadas reportados por seus familiares. **Revista Gaúcha de**

Enfermagem. v.41(esp), e20190172, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190172> >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

IHI. Institute of Healthcare **Improvement. SBAR toolkit.** Cambridge, MA: IHI; 2011. Disponível em: < <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx> >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

JCI. The Joint Commission. **Sentinel event data root causes by event type 2004-2012.** Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012. Disponível em: < http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/ >. Acesso em: 25 Dez. 2021.

MINUZZI, A. P. *et al.* Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery.** v.20, n.1, p. 121-29, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100121&script=sci_arttext >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

NG, G. W. Y. *et al.* Speak-up culture in an intensive care unit in Hong Kong: a cross-sectional survey exploring the communication openness perceptions of Chinese doctors and nurses. **BMJ Open.** v.7, e015721, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015721> >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* v.11(supl.12) p. 5297-5304, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25092p5297-5304-2017> >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale. 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf> >. Acesso em: 26 Dez. 2021.

SANTOS, G. R. S.; CAMPOS, J. F.; SILVA, R. C. Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Escola Anna Nery**, v. 22, n.2, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0268> >. Acesso em: 26 Dez. 2021..

SANTOS, G. R. S. *et al.* Ruídos na comunicação durante o handover da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Texto Contexto Enfermagem**. v.28, e20180014, 2019. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0014> >. Acesso em: 25 Dez. 2021.

SILVA, M. F. D. *et al.* Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto Contexto Enfermagem**. v.25, n.3, 2016. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000300322&script=sci_arttext&lng=pt >. Acesso em: 25 Dez. 2021.

SOUZA C. S. *et al.* Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.40, e20180294, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294> >. Acesso em: 19 Dez. 2021.

VALERA, I. M. A. *et al.* Passagem de plantão em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica: interface com a segurança do paciente. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.10, n,3, p. 407-23, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.26512/gsv10i3.27200> >. Acesso em 26 Dez. 2021.

WHO. World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Geneva, SW: World Health Organization; 2008. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874> >. Acesso em: 19 Dez. 2021.

WITISKI, M. *et al.* Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.18, n.3, 2019 Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988>>. Acesso em: 26 Dez. 2021.

USO DE APLICATIVOS MÓVEIS DE RELACIONAMENTOS POR ADULTOS JOVENS E IDOSOS. REVISÃO DE ESCOPO

JULIANA CORDEIRO CARVALHO

Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
julianacordeirocarvalho89@gmail.com;

SUELANE RENATA DE ANDRADE SILVA

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, suela-
nerenata@yahoo.com.br;

LILIAN CLIQUET

Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
lilian.cliquet@gmail.com

RESUMO

À medida que a população global envelhece e a expectativa de vida aumenta, adultos jovens quanto as pessoas idosas tornam-se atuantes e usuários potenciais da Internet. Os canais de comunicação se tornam mais digitais, incluindo os relacionamentos amorosos. O namoro passou de anúncios pessoais impressos para “amor por computador” usando dados para produzir uma lista de possíveis correspondências, para salas de bate-papo anônimas de namoro online. O objetivo foi avaliar o uso de aplicativos de relacionamentos por Adultos Jovens e em Idosos. A revisão de escopo foi realizada usando a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, utilizando quatro bases de dados para a recuperação dos artigos nos idiomas inglês, espanhol e português, entre todos os anos disponíveis. A base de dados Medline recuperaram a maioria dos estudos (n = 583). Os critérios de inclusão para esta revisão foram: Participantes – adultos e idosos; Conceito – uso de aplicativos de relacionamentos; Contexto – adultos e idosos que vivem na comunidade. A busca identificou 592 artigos. Dois revisores independentes analisaram os títulos e resumos e, em seguida, o texto completo foi extraído de acordo com os critérios de inclusão, o que resultaram em quatro artigos. Como resultado, percebeu-se que tanto os adultos como os idosos homossexuais aderiam e usavam aplicativos de relacionamentos (a exemplo de Grindr, Scruff, Jack’d, Hornet e Daddy Hunter) para conhecer e ter relações sexuais com novos parceiros.

Palavras-chave: Aplicativos de Relacionamentos, Redes Sociais, Adulto, Idoso.

INTRODUÇÃO

A medida que a população global envelhece e a expectativa de vida aumenta (Nações Unidas, 2017), tanto os adultos jovens quanto as pessoas idosas tornam-se atuantes e usuários potenciais da Internet. Os canais de comunicação se tornam mais eletrônicos, e digitais e menos pessoais. O mesmo acontece com os relacionamentos amorosos. O namoro passou de anúncios pessoais impressos para “amor por computador” usando dados coletados de questionários para produzir uma lista de possíveis correspondências, para salas de bate-papo anônimas de namoro online (Hance et al, 2017).

Com o tempo, foram criados aplicativos móveis que permitiram que as pessoas realizassem suas funções bancárias, arquivassem reivindicações de seguros, pagassem hipotecas, armazenassem e visualizassem registros médicos além de muitas outras mercadorias vitais. Talvez um dos tipos de aplicativos móveis mais comuns e universais criados e usados pelos americanos sejam os aplicativos de namoro móvel, perdendo para os aplicativos populares de redes sociais, como Facebook, Instagram, Twitter, etc., e devem crescer em uso ao longo do tempo. (Clement, J., 2020).

Gordon (2013), refere que a base de usuários do aplicativo de namoro nos Estados Unidos atingiu o pico de 17 milhões de usuários ativos; no entanto, em 2017, os pesquisadores indicaram um aumento de 19,6 milhões (6%) americanos que confirmaram usar ativamente os aplicativos de namoro (Statista Research Department, 2019). Esse aumento de 15,5% demonstra o uso de aplicativos de namoro por mercados que antes nunca foram vistos. Os aplicativos de namoro não apenas se tornam cada vez mais populares para usuários iniciantes, como os usuários gastam em média 1,5 horas por dia nesses aplicativos e fazem login mais de oito vezes por dia (Lehmiller & Loerger, 2014; Holloway, et al., 2014; Sumter, Vandenbosch e Ligtenberg, 2017).

Ao considerar a adoção e uso de aplicativos de namoro, faz-se importante conhecer quem são seus usuários. O Perfil sociodemográfico é importante pois fornecem uma base para a compreensão do mercado, além de fornecer aos pesquisadores informações fundamentais para os pesquisadores entenderem os padrões de adoção e uso. Jovens adultos – especificamente, de 25 a 34 anos – são mais propensos a usar aplicativos de namoro do que adultos mais velhos.

No entanto, os idosos (aqueles com 65 anos ou mais) tem aumentando o uso deste tipo de aplicativo. Smith e Duggan (2013) indicam que os idosos eram mais propensos a ser ou conhecer um usuário de aplicativos de namoro móvel em 2013 do que em 2005, comprovando a adesão e a aceitação deste público diante das tecnologias e das mídias digitais.

Após as leituras, surge um questionamento: o que existe na literatura sobre o uso de aplicativos por adultos jovens e nas pessoas idosas? Será que realmente eles são engajados? E qual é o perfil deste público? O objetivo da revisão de escopo foi de avaliar o uso e a adesão de aplicativos móveis de relacionamentos por Adultos Jovens e Idosos.

METODOLOGIA

Métodos

Estratégia de busca

A pesquisa foi desenvolvida com a ajuda e orientação de uma bibliotecária especialista em estratégia de busca e revisões. Utilizou-se os métodos de estratégia de busca e de revisão segundo preconizado pelo *Joanna Briggs Institute* (Hunsaker et al)²⁰. Realizou-se processo em três etapas. Primeiro, realizou-se busca limitada inicial no Pubmed seguida por análise dos títulos, resumos e termos *MeSH* usados para descrever os artigos. Em segundo, realizou-se pesquisa posterior usando todas as palavras-chave e termos *MeSH* em todas as bases de dados incluídas. Finalmente, as listas de referência de todos os artigos identificados foram analisadas para estudos adicionais. Estudos publicados em inglês, espanhol e português foram considerados para inclusão nesta revisão, considerando todos os anos disponíveis para a análise (1999 a 2022).

A pesquisa foi realizada em sete bases de dados: Medline, Lilacs, Ibecs, Index Psicologia. A estratégia utilizada foi: (Aged OR "Aged, 80 and over" OR "Seniors" OR "Older People" OR "Older Adults") AND ("Adults") AND ("Mobile Applications") AND ("Internet Use" OR "Internet Access") AND ("Relationship" OR "Online Dating").

Dois autores selecionaram os estudos considerando a relevância para a revisão, com base nas informações fornecidas nos títulos e nos resumos. Para tal seleção foi utilizado o *Rayyan* (<https://rayyan.qcri>).

org/welcome) - um aplicativo da web e móvel para a realização de revisões sistemáticas, análise de títulos e resumos de artigos.

O artigo na íntegra foi recuperado para todos os estudos que atenderam aos critérios de inclusão baseado no participante (P), conceito (C) e contexto (C), como recomendado pela diretriz para revisão de escopo¹⁹. Entretanto, se os revisores tivessem dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo na íntegra era recuperado. Dois revisores examinaram os artigos completos de forma independente para verificar se atendiam aos critérios de inclusão. As divergências entre eles foram resolvidas por meio de discussão ou com consulta a um terceiro revisor.

Extração dos dados

Um revisor extraiu os dados independentemente, e outro ficou responsável pela correção. Quaisquer divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas por meio de discussão. Os dados extraídos dos artigos englobaram o autor e ano, país, tipo de estudo, tipo de entrevistas e as plataformas usadas para anunciar ou coletar os dados. Além desses dados, foram considerados os títulos, objetivos, os aplicativos de relacionamento utilizados, o nível educacional, como que eles se declararam (homossexual ou heterossexual), gênero e a idade e total de participantes. A extração completa dos dados pode ser consultada na Tabela 1, 2 e 3.

Critério de Inclusão

Participantes

Estudos que incluíssem pessoas adultas e idosas.

Conceito

A presente revisão de escopo considerou todos os estudos que abordaram o uso de aplicativos de relacionamentos.

Aplicativos de Relacionamentos: Forma de conhecer pessoas e terem relacionamentos amorosos com outros indivíduos através da internet (aplicativos), como por exemplo: Tinder, Happn, Badoo etc. (Mckenna; Green & Gleason, 2022). Também existem aplicativos específicos para homossexuais que incluem Growlr, Scruff, Daddyhunt, Jack'd, Adam4Adam, Bro, Surge, Hornet, Hookd e Recon (Whitfield et al, 2017).

Segundo Hill, A.O. et al (2019), o objetivo para participar desses aplicativos pode ser apenas para ter um sexo casual, fazer novas amizades ou ter um relacionamento sério. (Tabela 04).

Contexto

Estudos em que envolvessem pessoas adultas e idosas que vivessem na comunidade e fizessem uso de ferramentas digitais (aplicativos).

Tipos de fontes

Foram considerados estudos qualitativos e quantitativos. Os estudos quantitativos incluíram projetos de estudos observacionais, com foco apenas nos estudos descritivos, estudos de coorte e estudos transversais. Os estudos qualitativos incluíram método exploratório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia de busca identificou um total de 593 artigos. Depois que as duplicatas foram removidas, 592 registros foram identificados para a seleção do estudo. Um total de 50 documentos atenderam aos critérios de inclusão, com base nos títulos e resumos. Os artigos com texto completo foram lidos, sendo que ao final quatro artigos que atendiam aos critérios de inclusão entraram para a revisão de escopo (ver Figura 1).

Contexto dos estudos

Os quatro estudos foram realizados em Taiwan (Ko, NY et al, 2016), Austrália (Hill, A.O et al, 2019), Brasil (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019) e Canadá (Brennan, D.J. et al, 2015).

As características dos estudos podem ser encontradas na Tabela 1.

Desenho do estudo

Todos os estudos apresentaram um delineamento transversal (Ko, N.Y. et al, 2016); (Hill, A.O. et al, 2019); (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019); (Brennan, D.J. et al, 2015) encontrados (Tabela 1).

Características e origem dos participantes

Todos os participantes foram considerados pessoas adultas e idosas que viviam em comunidade, e todos os estudos relataram a idade

média dos participantes, sendo a menor idade média de 30.1 (\pm 6.7) (Brennan, D.J. et al, 2015) e a maior de 61.6 (\pm 10.0) (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019). Os números de participantes incluídos variaram entre 412 e 1830. Os quatro estudos relataram informações de sexo, em que a maioria dos participantes eram homens, se declararam homossexuais e o nível educacional variou entre universitários (Ko, N.Y. et al, 2016); (Hill, A.O. et al, 2019) e ensino médio (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019); (Brennan, D.J. et al, 2015). As características dos participantes podem ser encontradas na Tabela 2.

Foco dos estudos

Dos quatro estudos incluídos na revisão de escopo, dois (Ko, N.Y. et al, 2016); (Brennan, D.J. et al, 2015) estudos tiveram como objetivo avaliar a prevalência e as experiências pela busca de sexo através da internet e dois estudos (Hill, A.O. et al, 2019); (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019) investigaram a frequência e a vulnerabilidade de adultos e idosos que contraíram o HIV/AIDS e que usam aplicativos móveis de namoro.

Os aplicativos móveis de relacionamento mais usados pelos participantes foram: Grindr (Ko, N.Y. et al, 2016); (Hill, A.O. et al, 2019); (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019); (Brennan, D.J. et al, 2015), em seguida vem o Scruff (Ko, N.Y. et al, 2016); (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019), Jack'd (Ko, N.Y. et al, 2016), Hornet (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019) e por fim, o Daddy Hunter (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019). Todas essas informações estão contidas na Tabela 3.

Principais medidas utilizadas

Os quatro estudos incluídos (Ko, N.Y. et al, 2016); (Hill, A.O. et al, 2019); (Queiroz, A.A.F.L.N. et al, 2019); (Brennan, D.J. et al, 2015) avaliaram os participantes por um questionário online semiestruturado que continham perguntas quantitativas.

No estudo de Ko, N.Y. et al, (2016) incluíram questões sobre as informações demográficas, sexo, comportamentos nos últimos 3 meses, revelação do HIV, histórico de teste de HIV e infecções sexualmente transmissíveis (DSTs), locais de busca de parceiros sexuais (internet via computador, aplicativo móvel, festa dançante/bar gay, sauna gay/ academia/festas de sexo privadas, pontos de pegação públicos) e canais para procurar parceiros sexuais no espaço virtual (internet ou aplicativo móvel, como Grindr, Scruff ou Jack'd).

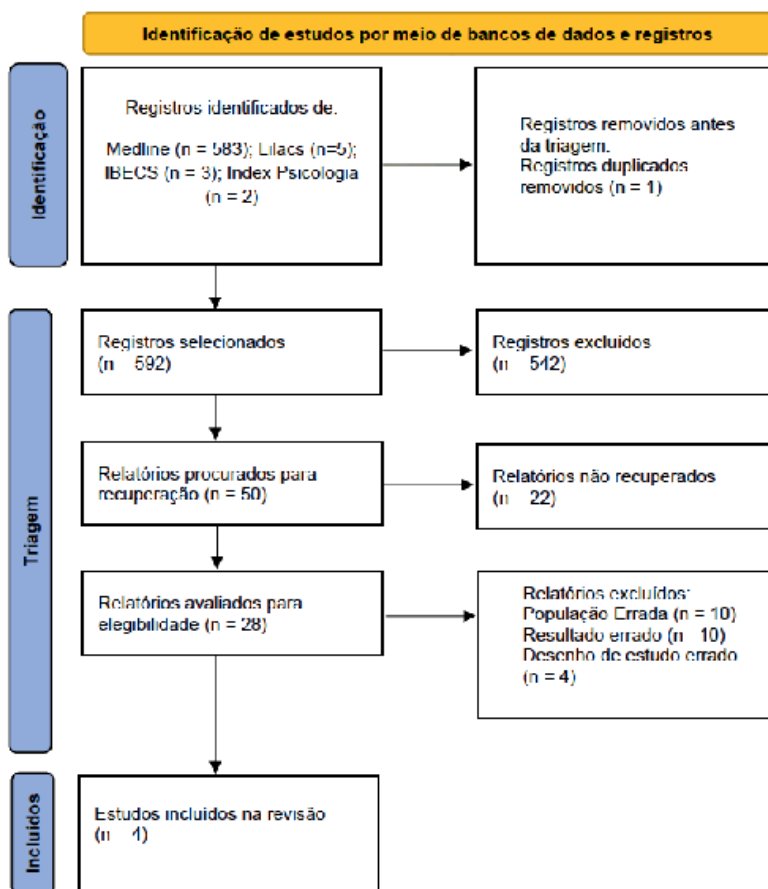
Na pesquisa de Hill, A.O. et al (2019) incluíram questões sobre as características sociodemográficas, incluindo idade, sexo, orientação sexual, estado civil, local de nascimento, residência atual, autoavaliação de saúde, educação, ocupação, trabalho horas e sexo com parceiro sexual. As motivações de uso de aplicativos móveis gays foram definidas como "encontrar sexo", "encontrar amigos", "encontrar um relacionamento sério" ou "evitar ser identificado como gay" (Tabela 04). Foram feitas três perguntas aos entrevistados sobre o teste de HIV: já ter tido um teste de HIV, ter feito teste de HIV nos últimos seis meses e intenção de fazer o teste no futuro (todos com opções de resposta 'sim' ou 'não'). 'Teste recente' foi definido como teste dentro dos seis meses anteriores. Os entrevistados foram questionados sobre a frequência de uso de preservativo durante a vida durante a relação anal penetrativa ou receptiva com parceiros regulares (definido como namorado ou relacionamento romântico comprometido), parceiros masculinos casuais (definidos como amigo do sexo, 'foda-se' ou qualquer relação sexual não comprometida autodefinida com um parceiro masculino) e sexo com parceiras femininas. A frequência de uso de preservativo ao longo da vida foi registrada como "nunca", "raramente", "na maioria das vezes" e 'sempre'.

Já o questionário do Queiroz, A.A.F.L.N. et al, (2019) foi dividido em quatro seções, que incluíram perguntas obrigatórias e opcionais: informações pessoais; informações socioculturais; problemas de saúde; e práticas sexuais. Para responder ao questionário, os participantes forneceram seus endereços de e-mail, evitando entradas duplicadas. O recrutamento foi realizado por dois pesquisadores adultos, cisgêneros, especialistas na área estudada. Eles criaram contas com perfis públicos (abertos, com foto) em os aplicativos para obter acesso aos usuários.

Na pesquisa de Brennan, D.J. et al, (2015), os participantes foram recrutados em todo o Ontário usando anúncios eletrônicos em sites homossexuais (por exemplo, Squirt.org, recon.com, bgclive.com, e craigslist.ca), aplicativos móveis (por exemplo, Grindr), mídia social (por exemplo, Facebook e Twitter). Os participantes foram solicitados a preencher um formulário on-line anônimo questionário sobre seu uso de tecnologia, comportamento online (homossexual e de saúde), experiência de divulgação online, e demografia. Para serem elegíveis,

os participantes deviam ter procurado parceiros sexuais ou informações de saúde sexual online nos últimos 6 meses (ou tinha interesse em fazê-lo); identificar como gay, bissexual, bissexual, heterossexual, queer ou questionar o homem cis ou transgênero; tinha feito sexo no passado com outro homem (ou interesse em fazê-lo); ter pelo menos 16 anos; e viveu ou trabalhou em Ontário ou visitou Ontário pelo menos três vezes no ano passado. Os participantes foram ofereceu a oportunidade de entrar em um sorteio aleatório para um dos 40 prêmios em dinheiro de Can \$ 100, que foram entregues via Interace-transferência.

Figura 1. Critérios de inclusão e exclusão da Revisão de Escopo



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71 For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Tabela 1. Características gerais dos estudos incluídos.

Autores, ano	País	Tipo do Estudo	Entrevistas	Plataformas usadas para anunciar ou coletar os dados
Ko, NY; Tseng PC; Huang YC; Chen, YC & Hsu, ST (2016)	Taiwan	Transversal	Questionário On-line	Pop-ups e banners online, sites relacionados a gays e páginas de perfil
Hill, A.O.; Bavinton, B.R.; Armstrong, G. (2019)	Austrália	Transversal	Questionário On-line	Recurso de Geolocalização de aplicativos móveis gays
Queiroz, A.A.F.L.N.; Sousa, AFL; Brignol, S.; Araújo, TME; Reis, R.K. (2019)	Brasil	Transversal	Questionário On-line	A técnica de autoentrevista assistida por computador (CASI)
Brennan, D.J.; Lachowsky, N.J.; Georgievski, G.; Rosser, B.R.S; MacLachlan, D.; Murray, J. (2015)	Canadá	Transversal	Questionário On-line	Sites homossexuais (por exemplo, Squirr.org, recon.com, bgclive.com, e craigslist.ca), mídia social (por exemplo, Facebook e Twitter).

Tabela 2. Perfil dos adultos e idosos entrevistados nos estudos

Autores, ano	Nível Educacional	Se declaram	Gênero	Idade (MD±DP) (variância)	Total de Participantes
Ko, NY; Tseng PC; Huang YC; Chen, YC & Hsu, ST (2016)	Universitário	Homossexual	Homens	40.3 ± 6.7 (25–54)	1.742
Hill, A.O.; Bavinton, B.R.; Armstrong, G. (2019)	Universitário	Homossexual	Homens	35.2 ± 5.5 (27 – 46)	1.656
Queiroz, A.A.F.L.N.; Sousa, AFL; Brignol, S.; Araújo, TME; Reis, R.K. (2019)	Ensino Médio	Homossexual	Homens	61.6±10.0 (50 – 80)	412
Brennan, D.J.; Lachowsky, N.J.; Georgievski, G.; Rosser, B.R.S; MacLachlan, D.; Murray, J. (2015)	Ensino Médio	Homossexual	Homens	30.1 ± 6.7 (28 – 50)	1830

Tabela 3. Principais objetivos, títulos e tipos de aplicativos segundo cada estudo incluído

Autor, ano	Títulos	Objetivo principal	Aplicativos Relacionamento
Ko, N.Y.; Tseng P.C.; Huang Y.C.; Chen, Y.C. & Hsu, S.T. (2016)	Seeking sex partners through the internet and mobile phone applications among men who have sex with men (HSH) in Taiwan	Estimar a prevalência de busca de sexo através de plataformas online entre HSH em Taiwan, e comparar os comportamentos de risco de HSH que utilizam diferentes canais para buscar parceiros sexuais no espaço virtual.	Grindr, Scruff e Jack'd

Autor, ano	Títulos	Objetivo principal	Aplicativos Relacionamentos
Hill, A.O.; Bavinton, B.R.; Armstrong, G. (2019)	Prevalence and correlates of lifetime and recent HIV testing among men who have sex with men (MSM) who use mobile geo-social networking applications in Greater Tokyo	Investigar a frequência e os correlatos psicossociais de testes de HIV ao longo da vida e recentes e testes futuros intenção entre aplicativo móvel gay usando HSH.	Grindr
Queiroz, A.A.F.L.N.; Sousa, A.F.L.; Brignol, S.; Araújo, T.M.E.; Reis, R.K. (2019)	Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil	Analisar fatores de vulnerabilidade ao HIV/Aids entre a população de homens que sexo com homens (HSH) com 50 anos ou mais que usam aplicativos de namoro.	Grindr, Hornet, Scruff and Daddy Hunter.
Brennan, D.J.; Lachowsky, N.J.; Georgievski, G.; Rosser, B.R.S; MacLachlan, D.; Murray, J. (2015)	Online Outreach Services Among Men Who Use the Internet to Seek Sex With Other Men (MISM) in Ontario, Canada: An Online Survey	Investigar as experiências dos homens que usam a internet para buscar sexo com outros homens (MISM) e os impactos autopercebidos do alcance online.	Grindr

Tabela 04. Resultados relevantes do artigo Hill, A.O. et al (2019)

Algumas perguntas realizadas no artigo Hill, A.O. et al (2019)	n (%)
Use aplicativos móveis gays para sexo	Sim: 1006 (75.3%) Não: 634 (68.9%)
Use aplicativos móveis gays para encontrar um relacionamento sério	Sim: 866 (74.8%) Não: 763 (71.1%)
Use aplicativos móveis gays para encontrar amigos	Sim: 1232 (95%) Não: 400 (35%)

DISCUSSÃO

Nesta revisão de escopo foi concluído que os adultos e os idosos usaram aplicativos móveis para conhecer, e se relacionar com novos parceiros. A exemplo do Grindr, uma “rede social exclusivamente masculina”, o que tem sido tão sucesso (Quiroz, 2013) para o público masculino e homossexual. Whitfield et al, (2017) acrescenta que o Grindr pode ser um dos aplicativos de geolocalização mais conhecidos usados por homens que querem fazer sexo com outros homens, porém também existem outros aplicativos com este intuito, que

incluem Growlr, Scruff, Daddyhunt, Jack'd, Adam4Adam, Bro, Surge, Hornet, Hookd e Recon.

Percebe-se que as idades dos usuários destes aplicativos variaram entre 25 à 80 anos, mostrando que tanto os adultos como os idosos também aderem as tecnologias, incluindo os aplicativos de relacionamento. Porém Liao, Millett & Marks, (2006) realizaram uma meta-análise e concluíram que, o público que acessa, com mais frequência, os aplicativos de relacionamento são os jovens com idade entre 18 à 22 anos. No entanto, Smith e Duggan (2013) indicam que os idosos eram mais propensos a ser ou conhecer um usuário de aplicativos de namoro móvel em 2013 do que em 2005. E acrescenta que os idosos estão aumentando o seu uso nos aplicativos móveis de namoro.

Um outro dado curioso, é que todos os quatro estudos analisados, só abordaram pesquisas que envolvessem aplicativos específicos para o público masculino e homossexuais. Holloway et al, (2014) acrescenta que à medida que a Internet se tornou mais acessível, a demanda por serviços de namoro móvel transcendeu classe social, raça e orientação sexual e abrangeu subculturas como comunidades afro-americanas, indivíduos LGBTQ + e outros. Essa demanda levou à necessidade de desenvolver serviços de encontros móveis seguros voltados especificamente para esses públicos, surgindo aplicativos como o Grindr, ROMEO, Hornet, Adam4Adam, Jack'd, HER, Only Woman, WAPA e outros (Lehmiller & Loerger, 2014).

Um dos aplicativos de namoro para populares entre o público heterossexual é o Tinder. De acordo com dois dos fundadores do Tinder, Sean Rad e Justin Mateen, o aplicativo foi projetado para desafiar e substituir os sites de namoro online, oferecendo uma experiência mais fluida. (Stampler, 2014). Os perfis das pessoas são semelhantes a um jogo de cartas de baralho. O amor, sexo e intimidade são as apostas do jogo (Hobbs; Owen & Gerber, 2016).

Dois artigos incluídos na revisão de escopo (Hill et al, 2019; Queiroz et al, 2019) relacionam sobre o uso dos aplicativos de namoro com as DSTs. Queiroz et al, 2018 reforça que os homens que fazem sexo com homens e usam aplicativo de encontro possuem comportamentos de risco elevados para a infecção pelo HIV, associados a uma alta vulnerabilidade individual e baixo conhecimento sobre medidas de prevenção do HIV/aids, em particular da Profilaxia Pré-exposição (PrEP).

As relações originadas a partir do aplicativo são permeadas por essas características que potencializam a possibilidade de adquirir o vírus. Tais características os expõem a maior risco de adquirir HIV e outras IST e os colocam como população-chave no controle da epidemia no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que os adultos e os idosos usam aplicativos de relacionamentos como Grindr Scruff Jack'd Hornet Daddy Hunter. O perfil do público entrevistado foram homens, homossexuais, com idades entre 25 à 80 anos. Dois artigos abordaram as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), a exemplo do HIV/AIDS e o uso de aplicativos de relacionamentos. Torna-se relevante pesquisar a associação das DSTs e o uso de aplicativos, com o intuito de informar para a população e reforçar o cuidado, como o uso de preservativos. Os outros dois artigos avaliaram as experiências e a prevalência de busca de sexo através de plataformas online de adultos e idosos saudáveis, comprovando que este público também frequenta aplicativos de namoros com o intuito de buscar sexo casual, amizades e até mesmo relacionamentos sérios.

Através da revisão de escopo, foi concluído que ainda existem poucas pesquisas sobre estas temáticas, inclusive não foi encontrado nenhum artigo sobre o uso de aplicativos de relacionamentos em mulheres adultas e idosas heterossexuais. E também não foi encontrado nenhum artigo específico para o grupo de idosos (60 ou mais). Sendo necessário mais investigações e publicações mais sobre estas temáticas.

REFERÊNCIAS

BRENNAN, D. J.; LACHOWSKY, N. J.; GEORGIEVSKI, G.; ROSSER, B. R. S.; MACLACHLAN, D.; MURRAY, J. Online Outreach Services Among Men Who Use the Internet to Seek Sex With Other Men (MISM) in Ontario, Canada: An Online Survey. **Journal of Medical Internet Research**, V. 17, N. 12, P. 1, 2015.

CLEMENT, J. Online dating in the United States - **Statistics & Facts**. 2020. Retrieved from Statista.com: <https://www.statista.com/topics/2158/online-dating/>

COSSETTI, M. C. Como funciona o Happn, um app diferente do Tinder. 2018. Disponível em: <<https://tecnoblog.net/guias/tinder-ou-happn/>>. Acesso em: 28 mai. 2022.

GIANTOMASO, I. Badoo: o que é e como funciona a nova versão da rede de relacionamento. Disponível em: <<https://www.techtudo.com.br/noticias/2017/02/badoo-o-que-e-e-como-funciona-nova-versao-da-rede-de-relacionamento.ghtml>>, 7 fev. 2017. Acesso em: 28 mai. 2022.

GORDON, M. E. Valentine's Day 2013: Looking for Love with Apps. February 14, 2013. Retrieved from **Flurry.com**: <https://www.flurry.com/post/113381180250/valentines-day-2013-looking-for-love-with-apps>.

HANCE, M. A., BLACKHART, G., & DEW, M. Free to be me: The relationship between the true self, rejection sensitivity, and use of online dating sites. **The Journal of Social Psychology**, V. 158, N. 4, P. 421–429, 2017. Doi:10.1080/00224545.2017.1389684.

HOBBS, M., OWEN, S., & GERBER, L. Liquid love? Dating apps, sex, relationships and the digital transformation of intimacy. **Journal of Sociology**, V. 53, N.2, P. 271–284, 2016. doi:10.1177/1440783316662718

HUNSAKER A, HARGITTAI E. A review of Internet use among older adults. **New Media & Society**, V.20, N.10, P. 3937-3954, 2018.

HILL, A. O.; BAVINTON, B. R.; ARMSTRONG, G. Prevalence and correlates of lifetime and recent HIV testing among men who have sex with men (MSM) who use mobile geo-social networking applications in Greater Tokyo. **Plos One**, V. 4, 2019.

HOLLOWAY, I., RICE, E., GIBBS, J., WINETROBE, H., DUNLAP, S., & RHOADES, H. Acceptability of smartphone application-based HIV prevention among young men who have sex with men. **AIDS Behavior**, P. 285-296, 2014.

KO, N. Y.; TSENG, P. C.; HUANG, Y. C.; CHEN, Y. C. & HSU, S. T. Seeking sex partners through the internet and mobile phone applications among men who have sex with men in Taiwan. **AIDS Care**. 2016.

LIAU, A., MILLETT, G., & MARKS, G. Meta-analytic examination of online sex-seeking and sexual risk behavior among men who have sex with men. **Sexually Transmitted Diseases**, V. 33, P. 576-584, 2006. Doi:10.1097/01.olq.0000204710.35332.c5.

MCKENNA, K. Y. A., GREEN, A. S. & Gleason, M. E. J. Relationship formation on the Internet: What's the big attraction? **Journal of Social Issues**, Disponível em: < <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/>>, 17 dez. 2002. Acesso em: 28 maio. 2022.

LEHMILLER, J. J., & IOERGER, M. Social Networking Smartphone Applications and Sexual Health Outcomes among Men Who Have Sex with Men. **PLoS ONE**, V. 9, N.1, 2014.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L.; BRIGNOL, S.; ARAÚJO, T. M. E.; REIS, R. K. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. **Braz J Infect Dis.**, V, 23, N. 5, P. 298–306, 2019.

QUEIROZ, A.A.F.L.N.; SOUSA, A.F.L., MATOS, M.C.B., ARAÚJO, T.M.E., REIS, R.K., MOURA, M.E.B. Conhecimento sobre HIV/aids e implicações no estabelecimento de parcerias entre usuários do Hornet®. **Rev Bras Enferm.**, V. 71, N. 4, P. 2062-9, 2018.

QUIROZ, P. A. From Finding the Perfect Love Online to Satellite Dating and "Loving-the-One-You're Near". **Humanity & Society**, V. 37, N. 2, P. 181–185, 2013. Doi:10.1177/0160597613481727.

SMITH, A., & DUGGAN, M. **Online Dating & Relationships**, V. 21, 2013 Retrieved from Pew Research Center: <https://www.pewinternet.org/2013/10/21/online-dating-relationships/>.

STATISTA RESEARCH DEPARTMENT. Americans who are using dating apps in the U.S. in 2017. 2019 Retrieved from Statista.com:

<https://www.statista.com/statistics/666568/who-are-using-dating-apps-in-the-united-states/>.

STAMPLER, L. 'Inside Tinder: Meet the Guys Who Turned Dating in an Addiction', **Time Magazine**, 2014, 6 February, URL (consulted 2 February 2016): <http://time.com/4837/tinder-meetthe-guys-who-turned-dating-into-an-addiction/>

SUMTER, R., VANDENBOSCH, L., & LIGTENBERG, L. Love me Tinder: untangling emerging adults' motivations for using the dating application Tinder. **Telematics Inform**, P. 67-78, 2017.

TAGIAROLI, G. Brasil tem 10 milhões de usuários no Tinder; criador explica sucesso do app. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2014/04/23/brasil-tem-10-milhoes-de-usuarios-do-tinder-criador-explica-sucesso-do-app.htm>>, 23 abr. 2014. Acesso em: 28 mai. 2022.

UNITED NATIONS. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables (ESA/P/WP/248). **New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division**. 2017.

WHITFIELD, D. L.; KATTARI, S. K.; WALLS, E.; TAYYIB, A. A. Grindr, Scruff, and on the Hunt: Predictors of Condomless Anal Sex, Internet Use, and Mobile Application Use Among Men Who Have Sex With Men. **American Journal of Men's Health**, V. 11, N. 3, P. 775–784, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988316687843>.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 08

ATIVIDADES FÍSICAS E ENVELHECIMENTO

BRUNA DA SILVA VIEIRA CAPANEMA

O envelhecimento é um processo do desenvolvimento natural irreversível e multifatorial em todos seres vivos, que envolve alterações neuromusculares, estruturais, funcionais, fisiológicos, metabólicas e comportamentais, as quais podem resultar nos declínios das aptidões físicas (capacidade aeróbia, força muscular, potência, resistência, composição corporal e equilíbrio), que irá afetar a funcionalidade, densidade óssea, disfunções cardiovasculares dentre outros. Neste contexto, pode estar associado a fragilidade física.

As práticas regulares de atividades físicas/exercícios físicos tem sido amplamente recomendada e discutidas para a população idosas, em virtudes de benefícios morfológico, fisiológicos, metabólicos e neuromusculares. Resultando efeitos positivos na saúde mental, físico e social, propiciando melhor qualidade de vida, bem-estar e longevidade para os idosos. Diante deste contexto, a atividade física/exercícios físicos mostrou muito presente aos discursos disseminados durante a pandemia da Covid 19. Principalmente para os idosos em seus domicílios, em destaques os com fragilidade física, mostrando a importância do profissional de Educação Física na intervenção das práticas de exercícios físicos domiciliares.

Bruna da Silva Vieira Capanema
(UDESC-SC)

A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR DE IDOSOS LONGEVOS COM FRAGILIDADE

BRUNA DA SILVA VIEIRA CAPANEMA

Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC – SC, brunacapanema84@gmail.com;

GIOVANA ZARPELLON MAZO

Professora Doutora Titular do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC - SC, giovana.mazo@udesc.br.

RESUMO

A proporção de idosos com 80 anos ou mais aumentou consideravelmente, o que resulta em um fenômeno de grande repercussão no Brasil. Junto a esse crescimento, observa-se nesta população alta prevalência de fragilidade, que afeta diretamente as aptidões físicas como força muscular, mobilidade, coordenação, equilíbrio e resistência aeróbia. Ainda, destaca-se como característica baixos níveis de atividade física e da capacidade funcional, acarretando dificuldades de adesão em programas de atividade física. Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo descrever e discutir, por meio de uma revisão narrativa, a importância do profissional de educação física no atendimento domiciliar de idosos longevos com fragilidade física. Os materiais consultados foram analisados qualitativamente e interpretados pelos pesquisadores. Nos resultados é possível verificar a necessidade de atendimento domiciliar para longevos com fragilidade e estes que podem ser desenvolvidos/orientados por profissional de educação física, que tem um papel importante na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, tanto em sua atuação no setor privado quanto público. Desta forma, o profissional de educação física pode intervir com programas de atividades físicas domiciliares, capazes de reverter a pré-fragilidade e fragilidade física de idosos longevos. No entanto, se observa pouca atuação desse profissional no ambiente domiciliar com esses idosos.

Palavras-chave: Idosos com 80 anos ou mais, Fragilidade, Profissional de Educação Física, Atendimento Domiciliar, Aptidão Física.

INTRODUÇÃO

A pirâmide etária brasileira se modificou nos últimos anos, apresentando um alargamento no topo, o que demonstra um aumento do número idosos, principalmente dos considerados longevos, com 80 ou mais anos de idade (IBGE, 2018). Esse grupo etário longo está em crescimento de 8,8% ao ano, representando um quinto da população brasileira, ou seja, 19% (IBGE, 2018).

Dentre as características encontradas nos idosos longevos, tem-se o baixo nível de atividade física (TAVARES et al., 2020; BORTOLUZZI et al., 2017) e a fragilidade (RIBEIRO et al., 2018; HERR et al., 2018; SIRIWARDHANA et al., 2018). A diminuição ou a ausência de atividade física na vida diária dos idosos longevos tem impacto na fragilidade física e na ocorrência de quedas (SERRA-REXACH et al., 2011).

Neste aspecto, o programa de atividade física supervisionado é considerado uma das principais estratégias para manter ou mesmo recuperar a diminuição da função muscular e da reserva física relacionada à idade (CAPANEMA; FANK; MAZO, 2021). Observa-se a necessidade de programas de exercício físico específicos para os idosos longevos (VAGETTI et al., 2013) que sejam desenvolvidos em seus domiciliares. Esses idosos apresentam dificuldade de locomoção e dependem de auxílio de familiares para se deslocarem até os locais de prática de exercícios físicos, o que pode comprometer a adesão e a continuidade ao programa de exercícios presencial (COHEN-MANSFIELD; MARX; GURALNIK, 2003; FRANCO et al., 2015).

Estudo de revisão com metanálise verificou efeito positivo com aumento do nível de aptidão física de idosos que realizaram programas de atividade física em seus domicílios (BUTTON et al., 2019). Quanto ao atendimento domiciliar com idosos frágeis ou com o risco de fragilização, destaca-se a atuação dos profissionais da saúde, como fisioterapeutas (GOIS; VERAS, 2006; GERAEDTS et al., 2014; QUEIROZ et al., 2020) e enfermeiros (LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013; SILVA et al., 2017; QUEIROZ et al., 2020). Diante disto, observa-se pouca atuação do profissional de educação física no atendimento domiciliar de idosos longevos com fragilidade.

Deste modo, com o aumento da população idosa longa e a necessidade de intervenções com atividade física, questiona-se sobre

a importância da atuação domiciliar do profissional de educação física como essa população.

A atuação do profissional de educação física se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases do desenvolvimento humano, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, reabilitação, tratamento e cuidados paliativos, com atendimento em instituições filantrópicas, comunitárias, militares, públicas, privadas, entre outras (Resolução CONFEF nº 391/2020).

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo descrever e discutir, por meio de uma revisão narrativa, a importância do profissional de educação física no atendimento domiciliar de idosos longevos com fragilidade física.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão narrativa (ROTHER, 2007) que teve o intuito de descrever e discutir sobre a importância do profissional de educação física no atendimento domiciliar de idosos longevos com fragilidade física. Para realizar este levantamento bibliográfico foram consultadas as bases LILACS, MEDLINE, SciELO e PubMed, nos meses de abril e maio de 2022, com os seguintes descritores (DeCS): *Aged 80 and over, oldest old, frailty, frail, elderly, home care, physical exercise, Physical education and Training* e seus respectivos correspondentes em português. Adicionalmente, também foram consultados os bancos de dissertações e teses da CAPES. Os materiais consultados foram analisados qualitativamente e interpretados pelos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com as mudanças ocorridas ao longo do processo histórico e científico de formação de profissionais da educação física, a visão apenas médica e biológica - centrada na doença - tem sido debatida e ampliada a partir de uma visão mais integradora que se centra na pessoa longeva e nos seus aspectos pessoais, históricos e comportamentais (LIMA et al., 2020). O profissional de educação física, até recentemente, estava limitado a uma atuação no âmbito educacional

ou nos clubes esportivos e academias de ginástica. O reconhecimento da importância do exercício físico e da atividade física com base em critérios epidemiológicos passou a justificar sua intervenção no âmbito da saúde (MENDONÇA, 2012).

Devido ao grande campo de atuação profissional na área da educação física, estudos vêm sendo realizados para nortear as competências necessárias a atender essa grande diversidade. A partir da resolução n. 218, de 16 de março de 1997, se reconhece o profissional da Educação Física como uma das 13 categorias que compõem os profissionais da saúde considerando sua relevância no atendimento à saúde.

O profissional de Educação Física foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde segundo tais atribuições: prestar serviços que venham oportunizar o desenvolvimento da educação e da saúde visando bem-estar e qualidade de vida; prevenção e compensação de distúrbios funcionais; contribuir para capacitação e/ou restabelecimento físico-corporal dos indivíduos e visar bem-estar e a qualidade de vida tanto ao nível individual quanto coletivo (BRASIL, 2002). Entretanto, é preciso superar a ideia, que nos parece comum na área, de que tudo que se refere à saúde na Educação física diz respeito exclusivamente ao bacharel, enquanto os conteúdos relacionados à educação são importantes apenas para o licenciado (LOCH; RECH; COSTA, 2020)

Esse reconhecimento veio conforme a Constituição Federal (CF) art. 196: 32 "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." A formação de profissionais de saúde foi reformulada com a intenção de atender todas as necessidades de saúde dos indivíduos e não apenas suas demandas. Políticas públicas de educação e saúde promovidas em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) indicaram uma reforma curricular imprescindível nos cursos de graduação da área de saúde.

Diante disto, a educação física necessita, para além da formação pautada nos efeitos clínicos da atividade física/exercícios físicos nas doenças, ampliar sua reflexão sobre os elementos da gestão de saúde e determinantes socioambientais e políticas públicas de saúde. Essa

demanda atual é apontada entre os documentos da resolução da educação (CNE, 2018; COSTA, 2019), que reforça o seu campo de atuação na promoção e prevenção de saúde, os quais está firmado nos novos currículos em formação em educação física.

O profissional de educação física é considerado um dos profissionais responsáveis na intervenção no estilo e qualidade de vida, por meio das diferentes práticas de atividade física (BRASIL, 2002). Estudos comprovam que a prática regular pode ser um contribuinte importante para a promoção e prevenção de saúde em idosos longevos com fragilidade física (CADORE et al., 2014a; CADORE et al., 2014b) e programas domiciliares tem efeito positivo na melhora da aptidão física (BUTTON et al., 2019).

Assim, o idoso longevo quando participa regularmente em programa de atividade física tende a apresentar melhoras nos índices de aptidão física, na capacidade funcional, diminuição do risco de doenças crônicas, da sarcopenia, da fraqueza muscular e da fragilidade física (DE REZENDE-NETO et al., 2019; MARZETTI et al., 2017).

Os níveis da fragilidade física geralmente acompanham o aumento da idade (FRIED, 2001). Estudos realizados com idosos longevos mostram uma variação da fragilidade física entre 14% e 58% (CLOSS et al., 2016; LIBERALESSO et al., 2017; SOUZA et al., 2018). Ainda, Collard e colaboradores (2012), em uma revisão sistemática, observaram uma prevalência de 25% de fragilidade em idosos longevos da comunidade. A fragilidade física em idosos é definida como um estado clínico caracterizado por um aumento de vulnerabilidade, geralmente quando este idoso é exposto à estressores internos e externos, além de ser um dos principais contribuintes para o declínio funcional, hospitalização e morte (FRIED et al., 2001; MORLEY et al., 2013; ANGULO et al., 2020). Assim, existe uma necessidade de assistência nas atividades da vida diária (AVD) para o idoso com fragilidade física (DENT et al., 2019).

Diante dos benefícios da atividade física para a saúde dos idosos longevos, programas bem planejados podem auxiliar no gerenciamento de diversas condições clínicas, superando crenças limitantes sobre a prática (FRANCO et al., 2015). A prática de atividade física apresenta grande importância para reverter o quadro de fragilidade física em idosos mais velhos (LOCH; DIAS; RECH, 2019; LETA et al., 2021).

Apesar das evidências relacionados aos benefícios advindos da prática regular de exercícios físicos para os idosos longevos com fragilidade física, elevado número de idosos não pratica atividade física suficiente para obter tais benefícios (ZÁZA; CHAGAS, 2018 p.47). Biehl-Printes e colaboradores (2017) relatam que os idosos jovens participam mais dos programas em relação aos longevos. Estudo aponta a limitação física, a falta de disposição, o excesso de cuidado dos familiares e exercícios físicos inadequados como os fatores que levam os idosos longevos a não participarem em programas de exercício físico (KRUG; LOPES; MAZO, 2015). Outros estudos colocam que essa população apresenta dificuldades em sair do domicílio devido às barreiras arquitetônicas, presença de alguma doença limitante, dificuldade em se adaptar nos locais de treinamento ou mesmo medo de sofrer quedas (BINOTTO; LENARDT; RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, 2018; VITALE et al., 2020; SANTOS; ORSI; RECH, 2020). A adesão de idosos em programas de atividades físicas está associado a identificação com o profissional de educação física (LIMA et al., 2020).

Estudos de revisões sistemáticas e integrativas demonstram que programas de treinamento físico estruturado têm impacto positivo em idosos frágeis e podem ser usados para o manejo da fragilidade (LETA et al., 2021; THEOU et al., 2011; PAW et al., 2008; DANIELS et al., 2008). Ainda, Shephard (2013) relata que idosos frágeis que realizaram programa de treinamento de força muscular obtiveram um aumento substancial na massa muscular e melhora no desempenho das AVD's, apesar da idade avançada. Estudo de coorte apresentou melhorias significativas sobre as valências físicas de idosos longevos que participaram de programas de treinamento físico regular (ARROYO QUIROZ et al., 2020).

Das inúmeras formas de programas de atividade física/exercício físico para idosos com fragilidade física, o treinamento de força merece destaque, visto que promove melhora nos sistemas musculares e ósseas (DA MATA et al., 2016). Contudo, o treinamento aeróbico também é importante, pois melhora o sistema cardiovascular, com o aumento significativo no consumo de oxigênio (LIU; ROGER, 2011). Esses autores indicam a utilização de treinamento conjugado, preferencialmente acrescido de exercícios de flexibilidade e equilíbrio.

Estudo de revisão concluiu que os protocolos de exercícios físicos para idosos longevos devem incluir exercícios de força, potência, resistência aeróbia, flexibilidade, equilíbrio e mobilidade articular e que são eficazes para atenuar ou minimizar os declínios decorrentes do processo de envelhecimento, melhorando aspectos como marcha, índice de quedas e capacidade funcional (CAPANEMA et al., 2022).

Deste modo, protocolos de exercícios físicos podem ser prescritos para os idosos longevos com fragilidade pelos profissionais de educação física (CAPANEMA, 2021). Esse profissional precisa lidar com várias demandas, estratégias e processos pedagógicos voltados ao idoso longevo, além da sua inserção em programas de atividades físicas (LIMA et al., 2020). Essas demandas e estratégias tornam-se competências profissionais que requerem aspectos multidimensionais, tais como conhecedor do idoso, ouvinte, dialogador, mediador, promotor de saúde e articulador com outros profissionais de saúde (WITT et al., 2014)

Desta forma, a atuação do profissional de Educação Física inclui planejar programas específicos de intervenção (RIBEIRO et al., 2018; IMAIZUMI et al., 2019) com o objetivo de eliminar os fatores de riscos que interfiram na fragilidade física de idosos longevos. Além disso, este irá ajustar a prescrição com doses progressivas tanto na intensidade quanto no volume de treinamento, analisando diariamente a dose resposta do paciente (CAPANEMA et al., 2022).

Este pode ser um diferencial na prescrição do programa de exercício, o saber avaliar, prescrever e aplicar o treinamento para idosos longevos (CAPANEMA; FUNK; MAZO, 2021).

A construção histórica faz com que o profissional de educação física esteja associado cada vez mais aos saberes da atividade física/exercícios físicos, saúde e ao desenvolvimento da aptidão física (BRASIL, 2002). Segundo Rodrigues et al., (2012), esse é o único profissional com formação para orientar a prática de atividades físicas. Ainda, que tem de fato um papel central com qualidades como educador e responsabilidade de aliar o conhecimento científico às habilidades de promover a prevenção de saúde, para a conquista de estilo de vida saudável com melhoria na qualidade de vida (NUNES; VOTRE; DOS SANTOS, 2012; RODRIGUES et al., 2013; LOCH; RECH; COSTA, 2020).

Nesta perspectiva, o atendimento e/ou intervenção domiciliar realizado pelo profissional de educação física pode ser uma estratégia para que o idoso longo vivo com fragilidade possa ter adesão nos programas e, assim, tenha resultados benéficos para reverter/minimizar a fragilidade física (CAPANEMA, 2021).

A intervenção domiciliar é definida como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação em domicílio (FLORIANI; SCHRAMM, 2004). Assim, as intervenções domiciliares compreendem todas as ações, sejam educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de saúde no domicílio, abrangendo desde atividades mais simples às mais complexas (MUNIZ et al., 2016). Também, o atendimento domiciliar envolve as práticas de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de que os idosos adoeçam, com planejamento dos programas de intervenções de saúde, de forma que abrange a promoção e recuperação dos indivíduos por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares (SEIXAS et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido a transição demográfica e epidemiológica que o Brasil está passando, com o aumento de idosos longevos, observa-se a necessidade de atendimento domiciliar. Com isto, devem ser incentivados programas de atividade física domiciliares para idosos longevos com fragilidade, que podem ser desenvolvidos/orientados por profissional de educação física.

O profissional de educação física tem um papel importante na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, tanto em sua atuação no setor privado quanto público. Ele pode intervir com programas de atividades físicas domiciliares, capazes de reverter a pré-fragilidade e fragilidade física de idosos longevos. No entanto, observa-se pouca atuação desse profissional no ambiente domiciliar com esses idosos.

Deste modo, torna-se importante a atuação do profissional de educação física com o idoso longo vivo e frágil, no atendimento domiciliar. As intervenções domiciliares com programas de atividades físicas promoverão os benefícios nas aptidões físicas e melhorar a adesão da prática pelos idosos.

REFERÊNCIAS

ANGULO, J. et al. Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. **Redox Biology**, v. 35, n. 20, p. 1-21, mar. 2020.

ARROYO-QUIROZ, C.; BRUNAUER, R.; ALAVEZ, S. Factors associated with healthy aging in septuagenarian and nonagenarian Mexican adults. **Maturitas**, v. 131, n. 1, p. 21-27, jan. 2020.

BINOTTO, M. A.; LENARDT, M. H.; RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, M. del C. Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 03392, p. 1-17, 13 dez. 2018.

BURTON, E. et al. Physical active programs for older people in the community receiving home care services: systematic review and meta-analysis. **Clínical Intervention in Aging**, v.14, n. 1, p. 1045-1065, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016.** Acesso em: Maio 2022. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016>.

BRASIL. Conselho Federal de Educação Física. Resolução n.46, 18 de fev de 2002. **Dispõe sobre a intervenção do profissional de educação física e suas respectivas competências e define campos de atuação profissional.** Acesso em: maio 2022. Disponível em: http://www.confef.org.br/extra/resolucoes/conteudo.asp?cd_resol=82

BRAGA, P. P. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903- 912, 2016.

BIEHL-PRINTES, C. et al. Prática de exercício físico ou esporte dos idosos jovens e longevos e o conhecimento dos mesmos em programas públicos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **PAJAR - Pan American Journal of Aging Research**, v. 4, n. 2, p. 47, 2 maio 2017.

BORTOLUZZI, E. et al. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 22, n. 1, p. 85-94, 2017.

BURTON, E. et al. Physical active programs for older people in the community receiving home care services: systematic review and meta-analysis. **Clínical intervention in Aging**, v. 14, n. 1, p. 1045-1065, 2019

CAPANEMA, B. S. V; MAZO, G. Z; FANK, F. **Prescrição e orientação de atividade física para idosos longevos**. Campo Grande: Editora Valorize, 2021.

CAPANEMA, B. S. V. **Protocolos de exercícios físicos, atendimentos domiciliar com atividade física e recomendação de intervenção para idosos longevos: estudo de revisão**, Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Florianópolis, 2021

CAPANEMA et al. A colletive review of the research on training the oldest-old. **Strength and Conditioning Journal**, v. 44, n.2, 2022.

CADORE, E. L. Positive effects of resistance training in frail elderly patients with dementia after long-term physical restraint. **Age (Dordrecht, Netherlands)**, v. 36, n. 2, p. 801-811, 2014a.

CADORE, E. L. et al. Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. **AGE, (Dordrecht, Netherlands)**, v. 36, n. 2, p. 773-785, 2014b.

CLOSS, V. E. et al. Frailty and geriatric syndromes in elderly assisted in primary health care. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 38, n. 1, p. 9-18, 2016

COHEN-MANSFIELD, J; MARX, M. S; GURALNIK, J. M. Motivators ana Barriers to Exercise in an Older Community-Dwelling population, *Jornal of agind Physical Activity*, n. 11, n. 2, p. 242-253, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de graduação em Educação Física e dá outras providências**. Diário Oficial da União; 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/55877795#:~:text=DAS%20DISPOSI%C3%87%C3%95ES%20GERAIS,Art.,fundamentos%20e%20a%20din%C3%A2mica%20formativa. Acesso em: 23 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). Resolução nº 391, e 26 de agosto de 2020. **Dispõe sobre o reconhecimento e a definição da atuação e competências do Profissional de Educação Física em contextos hospitalares e dá outras providências**, 2020. Acesso em: maio 2022. Disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/comunicacao/noticias/1515#:~:text=A%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20391%2F2020,Sa%C3%BAde%20e%20considerando%20o%20SUS>.

COSTA, F.F. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? **Rev Bras Ativ Fís Saúde** 2019.

COLLARD, R.M et al. Prevalência de fragilidade em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. **J Am Geriatr Soc**, v.60, n. 8, p.1487–92, 2012.

DA MATA, F.A.F et al., Prevalence of Frailty in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS**, v. 11, n.8, 2016.

DANIELS, R et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. **BMC health services research**, v. 8, p. 1-8, 2008.

DENT, E. et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. **J Nutr Health Aging., Paris /FRA**, v.23, n.9, p.:771-787, 2019.

FRANCO, M. R. et al. Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *The British Journal of Sports Medicine*, 49, 1268–1276, 2015.

FRIED LP, et al. Cardiovascular health study collaborative research group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**.56:M146–56, 2001.

FLORIANI, C. A; SHRAMM. F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

GERAEDTS, H. A. E. A Home-Based Exercise Program driven by Tablet Application and Mobility Monitoring for Frail Older Adults: Feasibility and Practical Implications. **Preventing Chronic Disease**, v. 14, n. E12, p. 1-10, 2017

GOIS, A. L. B; VERAS, R. P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 49-62, 2006.

HERR, M. et al. Frailty and Associated Factors among Centenarians in the 5-COOP Countries. **Gerontology**, vol. 64, no. 6, p. 521–531, 2018.

IBGE. **Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**. 2018. Acesso em: maio 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050: revisão 2004. Metodologia e resultados. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980- 2020**. Metodologia. Estimativas das populações municipais metodologia. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Acesso em: maio 2022. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf>.

IMAIZUNI, M. et al. **Validação de um programa de exercícios físicos domiciliares para idosos fisicamente independentes**. In: POCINHO, R. et al. (Org.). Envelhecimento como perspectiva futura. 1 ed. São Paulo: Thomson Reuters.

KRUG, R. DE R.; LOPES, M. A.; MAZO, G. Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativos fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 1, p. 57–64, fev. 2015.

LETA, P. R. G. et al. Fragilidade física em idosos e a relação com atividade física e exercício físico: **Revisão Integrativa**. 23, n. 47, 2021.

LIBERALESSO, T. E. M. et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 553-62, 2017.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRICIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência ao idoso. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 343-351, jun. 2013.

LIMA, A. P. et al. Grupo de Convivência para idosos: o papel do profissional de educação física e as motivações para a adesão à prática de atividade física. *Ciência Esporte*. V. 42, 2020,

LIU, C. K.; ROGER A. F. Exercise as an intervention for frailty. **Clinics in geriatric medicine** v. 27, n. 1, p. 110, 2011.

LOCH, M. R; DIAS, D. F, RECH, C. R. Apontamentos para a atuação do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde: um ensaio. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**. v. 24, n. 1-5, 2019.

LOCH, M. R; RECH, C. R; COSTA, F. F. The urgency of Public Health in Physical Education training: lessons from COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3511-3516, 2020.

LOPES, M. A et al., Análise da aderência e da permanência de longevos em programa de atividade física. *Cons Saúde*. v. 11, n. 3, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <https://bvsmms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.p df. Acesso em: 23 maio 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde: SGTES**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgte>. Acesso em: 23 maio 2022.

MORLEY, J. E et al. Consenso de fragilidade: um chamado à ação. **J Am Med Dir Assoc**. v. 14, n. 6, p. 392–7, 2013.

MENDONÇA, A. M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**, Dissertação (Mestrado em

Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2012.

MUNIZ, E. A. et al. Desempenho das atividades de vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Rev Kairós Gerontol**, v. 2, n. 19, p. 133-146, 2016.

NUNES, M. P; VOTRE, S. J; SANTOS, W. O profissional em educação física no Brasil: desafios e perspectivas no mundo do trabalho. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 18, n. 2, p. 280-290, 2012.

PAW, M. J. et al. The functional effects of physical exercise training in frail older people. **Sports Medicine**, v. 38, v. 9, p. 781-793. 36, 2008.

RIBEIRO, O.; DUARTE, N.; TEIXEIRA, L.; PAÚL, C. Frailty and depression in centenarians. **International Psychogeriatrics**, vol. 30, no. 1, p. 115–124, 2018.

RESENDE-NETO, A. G. et al. Treinamento funcional versus treinamento de força tradicional: efeitos sobre indicadores da aptidão física em idoso pré-frageis. **Motricidade**, v. 12, n. s2, p. 44-53, 2016.

RODRIGUES, J. D. et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 05-10.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 2, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTOS, C. E. S; ORSI, E; RECH, C. R. Percepção de barreiras para participação de idosos em programas de atividades físicas, **Motricidade**, v. 16, n. 4, p. 353-360, 2020.

SERRA-REXACH, J. A. et al. Short-Term, Light- to Moderate-Intensity Exercise Training Improves Leg Muscle Strength in the Oldest Old: A Randomized Controlled Trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 4, p. 594–602, 2011.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

SHEPHARD, R. J. Envelhecimento, atividade física e saúde. Phorte, Ed, 2013.

SILVA, R. B. et al. The effect of physical exercise on frail older persons: a systematic review. **Journal of Frailty and Aging**, v. 6, n. 2, p. 91-6, 2017.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, Editora, 2013.

SIRIWARDHANA, Dhammika et al. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMJ, London**, v. 8, n. 3, p. 1-17, 2018.

TAVARES, D. S. et al. Redução da força de preensão manual entre idosos longevos. *Acta Fisioterapia*, v. 27, n. 1, p. 4-10, 2020

THEOU, O. et al. The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic. **Review. J Aging Res.** v. 4, 2011. doi: 10.4061/2011/569194.

VAGETTI, G. C. et al. The prevalence and correlates of meeting the current physical activity for health guidelines in older people: a cross-sectional study in Brazilian Women. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 56, n. 1, p. 492-500, 2013.

VITALE, J. A. et al. Home-Based Resistance Training for Older Subjects during the COVID-19 Outbreak in Italy: Preliminary Results of a Six-Months RCT. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, p. 1-15, dez. 2020.

WITT, R. R. et al. Professional competencies in primary health care for attending to older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, 2014.

ZÁZA, D. C; CHAGAS, M. H. **Educação física: atenção à saúde do idoso - Belo Horizonte: NESCON / UFMG**, 2019. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educacao-Fisica-Atencao-saude-idoso_Versao_final.pdf. Acesso em: maio 2022.

QUALIDADE DO SONO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19¹

FELIPE FANK

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina - SC, felipe.fank@edu.udesc.br;

FRANCINE ALVES NUNES

Graduada em Educação Física pela Universidade do Estado de Santa Catarina - SC, francinealvesnunes@gmail.com;

GIOVANA ZARPELLON MAZO

Professora Doutora Titular do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina - SC, giovana.mazo@udesc.br.

1 Este artigo é resultado de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso de Francine Alves Nunes.

RESUMO

Objetivo: Comparar a qualidade do sono e seus componentes com o nível de atividade física de intensidade moderada de idosos durante o distanciamento social, devido a pandemia da COVID-19. Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Participaram do estudo 76 idosos com média de idade de 71,22 anos ($\pm 6,40$), sendo 55 mulheres e 21 homens. Foi elaborado pelos pesquisadores um questionário na plataforma online Google Formulários, com perguntas sobre as características sociodemográficas, as condições de saúde, a prática de atividade física no lazer (domínio 4 do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ, adaptado para idosos) e a qualidade do sono (Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh - PSQI). Para a análise dos dados foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com post hoc de Dunn, e nível de significância de 5%. Resultados: A prevalência de má qualidade do sono entre os participantes do estudo foi de 44,7% (IC95%:0,34-0,56) e a maior parte dos idosos é inativo fisicamente (56,6%). Idosos ativos apresentaram maior média no componente eficiência habitual do sono ($0,90 \pm 1,29$) quando comparado aos inativos ($0,28 \pm 0,55$). Conclusão: Diante do distanciamento social, devido a pandemia da COVID-19, verifica-se que há prevalência de idosos inativos fisicamente e com a qualidade do sono ruim. Também, os idosos ativos apresentaram pior eficiência do sono do que os inativos, o que pode ser explicado pelo impacto psicológico que estão vivendo neste contexto. Recomenda-se intervenções com exercício para melhorar a qualidade do sono e aumentar o nível de atividade física dos idosos neste período.

Palavras-chave: Atividade física. Idosos. Sono. COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foi reportado o surgimento de um novo vírus, o SARS-CoV-2, que é o agente etiológico da COVID-19 e ocasiona infecções respiratórias em humanos (CIOTTI et al., 2020). A velocidade em que o vírus se propagou no mundo inteiro fez com que em janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarasse o surto de COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (PHEI), classificando o ano de 2020 em uma pandemia (BEECHING et al., 2020).

Sabendo da alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 entre as pessoas infectadas e na ausência de vacinas e medicamentos antivirais específicos, algumas estratégias foram tomadas como medidas de saúde pública para controle da doença na população (KRAEMER et al., 2020). Dentre elas, destacam-se o isolamento e a quarentena, medidas que vão desde o aumento do distanciamento social até a quarentena em toda a comunidade (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

Diante disso, um dos grupos etários mais vulneráveis e suscetíveis a esse contexto é a população idosa, pois pertencem ao grupo de risco de contaminação pelo vírus SARS-CoV-2 (APRAHAMIA; CESARI, 2020). O distanciamento social tornou-se uma estratégia bastante eficaz para diminuir o ritmo de propagação do vírus (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). Apesar disso, o distanciamento social impacta consideravelmente a saúde mental da população (BROOKS et al., 2020) e, na de idosos, tendem a despertar uma série de emoções que ocasionam alterações do sono, da concentração nas tarefas diárias, ou aparecimento de pensamentos negativos (SILVA; AZEVEDO; LIMA, 2020).

O envelhecimento populacional é uma realidade no mundo todo; no Brasil, não é diferente. A evolução da pirâmide etária no país mostra um achatamento da base e um alargamento do topo ao longo dos anos, evidenciando a transição demográfica vivida. É consenso na literatura que o processo de envelhecimento, em muitos casos, é acompanhado por diversas morbidades (ABRAMS; THOMPSON, 2014). Entre elas, problemas relacionados ao sono são inúmeras vezes citados e estudados (JIKE et al., 2018; DEAN et al., 2017). Distúrbios do sono são mais prevalentes em idosos (DEAN et al., 2017), principalmente em mulheres (CROWLEY, 2011), os quais apresentam alterações nos padrões e

na arquitetura do sono (TUFAN et al., 2017). Foley et al. (1995), em seu estudo epidemiológico clássico, verificou que 56,9% dos idosos apresentavam algum problema crônico no sono.

O sono é um processo fisiológico fundamental, tão essencial à vida quanto respirar ou comer (DEAN et al., 2017). Caracterizado por um estado neurocomportamental recorrente e reversível, acompanhado por uma perda da resposta ao ambiente (BUYSSSE, 2014), é também um estado comportamental repetitivo e endógeno, refletindo mudanças na organização funcional do cérebro, que otimizam a fisiologia, o comportamento e a saúde do indivíduo (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2012).

Durante o sono, o Sistema Nervoso Central é marcado por intensa atividade, sendo responsável pela quietude e pela inibição e ativação de áreas específicas (TUFIK, 2008). Também se torna necessário que a atividade cortical seja sincronizada (FERNANDES, 2006). Esses processos ajudam a manter as funções de aprendizagem e memória e a restaurar os recursos energéticos do corpo, fatores pelos quais os humanos dormem (PORKKA-HEISKANEN; ZITTING; WIGREN, 2013).

A qualidade do sono é um indicador reconhecido de saúde física e mental, bem-estar e vitalidade geral (OHAYON et al., 2017). Além disso, desempenha um papel essencial em muitos aspectos da saúde e da doença, como metabolismo e doenças cardiovasculares (DEAN et al., 2017). A privação de sono durante a noite, ou seja, poucas horas noturnas de descanso, está associada a um maior risco para mortalidade por todas as causas (LIU et al., 2017).

O sono é essencial para a saúde física e mental do ser humano (COLTEN; ALTEVOGT, 2006; SAMPASA-KANYINGA; CHAPUT, 2017). Um sono saudável é caracterizado pela duração adequada, tempo apropriado, boa qualidade e ausência de distúrbios (GRUBER et al., 2014). A pandemia do coronavírus causou impactos positivos e negativos no sono das pessoas. Um dos pontos positivos foi que parte dos indivíduos que ficaram isolados em casa tiveram mais tempo e flexibilidade para dormir nos horários preferenciais, conseguindo dormir mais horas no dia (GROSSMAN et al., 2020). Em contrapartida, o cenário da pandemia acabou afetando o sono de forma negativa visto que o número de sonhos ruins, pesadelos e o número de despertares durante

a noite de sono aumentou, afetando diretamente a qualidade do sono (GROSSMAN et al., 2020).

A atividade e/ou exercício físico tem sido relatada e estudada como uma forma não-farmacológica para o tratamento dos distúrbios do sono (FANK et al., 2022; GUBELMANN et al., 2018; VANCAMPFORT et al., 2018; VANDERLINDEN; BOEN; VAN UFFELEN, 2020). Hwang; Shin (2016), em sua meta-análise, verificaram que o exercício apresentou o maior tamanho de efeito dentre intervenções farmacológicas para tratamento de problemas no sono em idosos. Nesse sentido, modalidades de exercício como o aeróbio (BANNO et al., 2018; JURADO FASOLI et al., 2020), o resistido (D'AUREA et al., 2019; KOVACEVIC et al., 2018) e exercícios que envolvam mente e corpo (FAN et al., 2020; WEBER et al., 2020) melhoram variáveis relacionadas à boa qualidade do sono, ou seja, diferentes tipos de exercício se mostram eficazes para melhorar a qualidade geral do sono (FANK et al., 2022).

Deste modo, a prática do exercício físico regular melhora os distúrbios do sono, aliviam o estresse, ajudam a controlar a ansiedade e depressão (SIVIERO; BRAGA; ESTEVES, 2015), potencializam os benefícios relacionados a imunidade e diminuem as chances de apresentar diversas doenças, além de outros diversos benefícios (SBMEE, 2020). No entanto, a pandemia limitou a prática de atividade física dos idosos às suas próprias residências, gerando uma tendência de queda nos níveis de atividades realizados (MAZO et al., 2022). Os idosos, especialmente aqueles com comorbidades, são considerados mais suscetíveis e vulneráveis a contrair o vírus da COVID-19 (HEYMANN; SHINDO, 2020). Dessa forma, é recomendado que pessoas com mais de 60 anos fiquem em casa para evitar o risco de contaminação durante o período de pandemia (LAKICEVIC et al., 2020). Todavia, tempos prolongados em casa podem aumentar os comportamentos que levam à inatividade e contribuem para a ansiedade e a depressão que, por sua vez, podem levar a um estilo de vida sedentário que resultam em uma série de condições crônicas de saúde (CHEN et al., 2020).

Neste contexto, questiona-se: qual a relação da qualidade do sono e seus componentes com o nível de atividade física de idosos durante o distanciamento social? Observa-se a carência de estudos voltados ao nível de atividade física e a qualidade do sono de idosos durante o distanciamento social devido a pandemia do novo coronavírus. Estudos

neste aspecto tornam-se relevantes pois podem apontar quanto o nível de atividade está relacionado com a qualidade do sono e seus componentes durante o distanciamento social. Também, os resultados dessa pesquisa subsidiarão intervenções que envolvam a prática de atividade e orientações sobre o sono, mesmo que de forma on-line com esta população, que é considerada de alto risco de contágio e mortalidade. Diante disto, tem-se como objetivo do presente estudo comparar a qualidade do sono e seus componentes com o nível de atividade física de intensidade moderada de idosos durante o distanciamento social devido a pandemia da COVID-19.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob o número de parecer 3.437.754. Foi autorizado pela coordenação do Programa de Extensão Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI), do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID), da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) o acesso ao nome e telefone de contato dos idosos matriculados no programa em 2019 para a realização do convite de participação na pesquisa. Os participantes do estudo consentiram de forma verbal, via telefone, o aceite em participar da pesquisa, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por 91 idosos praticantes de exercícios físicos em um programa de extensão de uma universidade pública do sul do Brasil. Para a definição da amostra, teve-se como critérios de inclusão: ser idoso, pessoa com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, que estavam matriculados e praticavam exercícios físicos no programa por no mínimo seis meses, em novembro de 2019, e que se obteve contato telefônico de dezembro de 2020 a janeiro de 2021. Os critérios de exclusão foram: idosos que não aceitaram

participar do estudo (n=3) e que não atenderam aos contatos telefônicos realizados pelos pesquisadores no período de dezembro de 2020 a janeiro de 2021, após cinco tentativas em diferentes dias da semana e horários (n=12). Diante desses critérios, a amostra foi composta por 76 idosos.

2.3 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Foi elaborado pelos pesquisadores um questionário na plataforma online Google Formulários, com perguntas sobre as características sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade e ocupação atual), as condições de saúde (estado de saúde atual, doenças, principais doenças e uso de medicamentos), a prática de atividade física de recreação, esporte, exercício físico e de lazer (questões 1 e 2 do Domínio do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ, adaptado para idosos) e a qualidade do sono, avaliada por meio do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), proposto por Buysse et al. (1989) e validado por Bertolazi et al. (2011) para uso no Brasil.

O IPAQ adaptado para idosos foi validado e adaptado por Mazo; Benedetti (2010) e apresentou boa reprodutibilidade (BENEDETTI; MAZO; 2010). Este instrumento consiste em perguntas divididas em cinco domínios: 1 - atividade física no trabalho; 2 - atividade física como meio de transporte/deslocamento; 3 - atividade física em casa ou apartamento; 4 - atividade física de recreação, esporte, exercício físico e de lazer; e 5 - tempo gasto sentando. Neste estudo, foi aplicada a questão 2 do Domínio 4 – “Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades moderadas no seu tempo livre como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar... pelo menos 10 minutos contínuos?”. Foi computado o tempo em minutos por semana de atividade física com intensidade moderada realizado pelos idosos e, assim, categorizado em ativo, insuficientemente ativo e inativo, de acordo com as novas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (BULL et al., 2020).

Já o PSQI apresenta 19 perguntas que avaliam a qualidade do sono em relação ao último mês. As perguntas são categorizadas em sete componentes (qualidade, duração, latência, eficiência habitual,

distúrbios, uso de medicamentos e disfunção diurna), classificadas em uma pontuação que varia de 0 a 3. A soma das pontuações para cada componente gera um escore global, variando de 0 a 21, sendo que um maior escore reflete uma pior qualidade no sono. Um escore global maior que cinco indica maiores dificuldades em pelo menos dois componentes, ou dificuldades moderadas em mais de três componentes. As questões sobre a prática de atividade física e a qualidade do sono foram consideradas durante o período do distanciamento social, devido a pandemia da COVID-19. O instrumento foi aplicado, por pesquisadores treinados, via telefone ou aplicativo WhatsApp. Foram realizados pelos pesquisadores até cinco ligações em diferentes dias da semana e horários.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística, os dados foram armazenados no programa Excel e analisados no pacote estatístico IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Inicialmente, foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas). Para verificar a diferença entre a qualidade do sono total (PSQI) e seus componentes (qualidade, duração, latência, eficiência habitual, distúrbios, uso de medicamentos e disfunção diurna) e o nível de atividade física de intensidade moderada (ativo, insuficientemente ativo e inativo), foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com post hoc de Dunn. O nível de significância adotado foi de 5%.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 76 idosos, com média de idade de 71,22 anos ($\pm 6,40$), sendo 55 mulheres e 21 homens. A prevalência de qualidade do sono ruim entre os participantes do estudo foi de 44,7% (IC95%: 0,34-0,56). A média do escore total do PSQI foi considerada baixa ($4,96 \pm 3,22$). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, de saúde e o nível de atividade física dos participantes do estudo. A maioria dos idosos é do sexo feminino (72,4%), sem companheiro

(51,3%), tem ensino médio completo (38,2%), não trabalha (88,2%), considera seu estado de saúde atual bom/ótimo (81,0%), tem doenças (76,3%), com predominância das cardiovasculares (52,6%), usam medicamentos (81,6%) e são inativos fisicamente (56,6%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo (n=76).

Variáveis Sociodemográficas	f	%
Sexo		
Feminino	55	72,4
Masculino	21	27,6
Estado Civil		
Com companheiro	37	48,7
Sem companheiro	39	51,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	14	18,4
Fundamental completo	5	6,6
Médio incompleto	4	5,3
Médio completo	29	38,2
Ensino superior	14	18,4
Pós-graduação completa	10	13,2
Ocupação atual		
Não trabalha	67	88,2
Trabalha	9	11,8
Saúde		
Estado de saúde atual		
Ótimo/Bom	62	81,0
Regular	11	14,5
Ruim	3	3,9
Doenças		
Sim	58	76,3
Não	18	23,7
Principais doenças*		
Cardiovascular	40	52,6
Metabólicas	22	28,9
Musculoesqueléticas	21	27,6
Uso de medicamento		
Sim	62	81,6
Não	14	18,4

Variáveis Sociodemográficas	f	%
NAF		
Ativo	10	13,2
Insuf. Ativo	23	30,3
Inativo	43	56,6

Legenda: NAF=nível de atividade física; Insuf=insuficientemente; *mais de uma resposta.

A Tabela 2 apresenta a comparação da qualidade do sono total e de seus componentes entre os idosos com diferentes níveis de atividade física moderada. Verificou-se diferença significativa no componente eficiência habitual do sono ($p=0,046$); os idosos ativos apresentaram maior média no componente eficiência do sono ($0,90\pm 1,29$) comparado aos inativos ($0,28\pm 0,55$).

Tabela 2. Comparação da qualidade do sono total e de seus componentes entre os idosos com diferentes níveis de atividade física (n=76).

Componentes do PSQI	NAF			p valor
	Ativo X (DP)	Insuf. Ativo X (DP)	Inativo X (DP)	
Qualidade	0,50 (0,71)	0,74 (0,75)	0,79 (0,74)	0,475
Latência	0,60 (0,52)	1,22 (0,99)	0,98 (1,04)	0,266
Duração	0,80 (1,03)	0,74 (0,96)	0,67 (0,75)	0,984
Eficiência	0,90 (1,29)	0,74 (0,92)	0,28 (0,55)	0,046*
Distúrbios	0,47 (0,15)	0,48 (0,09)	0,51 (0,08)	0,336
Medicação	0 (0,0)	0,39 (0,94)	0,44 (1,03)	0,384
Disfunção diurna	0,50 (0,71)	0,52 (0,67)	0,51 (0,70)	0,985
Escore total	4,30 (3,13)	5,39 (3,99)	4,88 (2,81)	0,722

Legenda: PSQI=Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; X=média; DP=desvio padrão; NAF=nível de atividade física; Insuf=insuficientemente; * $p<0,05$.

Acredita-se que a pior eficiência do sono dos idosos ativos pode estar relacionada ao impacto psicológico do distanciamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19. Brooks et al. (2020) realizaram um estudo de revisão que relatou os efeitos psicológicos negativos, incluindo sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva. Nessa revisão os estressores incluíram distanciamento social prolongado, medo de infecção, frustração, tédio, falta de suprimentos básicos disponíveis (como comida, água e medicamentos), informações

inadequadas e perda financeira. Diante disso, recomenda-se estudos que envolvam os aspectos psicológicos e seu impacto no sono e no nível de atividade física dos idosos diante deste cenário.

Apesar disso, estudos conduzidos antes da pandemia mostraram que o exercício físico melhora a qualidade do sono (FANK et al., 2022; SHANG et al., 2019) e a eficiência do sono (SHANG et al., 2019). Em relação à atividade física, um alto nível está associado à maior eficiência do sono (GUBELMANN et al., 2018) e as variações noturnas neste componente são influenciadas pelo exercício físico praticado por mulheres idosas (LAMBIASE et al., 2013). Além disso, idosas ativas fisicamente apresentam maior tempo total de sono e menos despertares após seu início quando comparadas àquelas sedentárias (GUIMARAES et al., 2008), demonstrando com isto que o exercício, como um tratamento não-farmacológico, é eficaz para melhorar a qualidade do sono e variáveis relacionadas (FANK et al., 2022).

Quanto ao nível de atividade física dos idosos durante o distanciamento social devido a pandemia da COVID-19, o presente estudo identificou que a maioria era inativo fisicamente e com baixa qualidade do sono. Estudo aponta que a prevalência de problemas do sono é maior em pessoas com baixos níveis de atividade física, apresentando-se como um fator de risco (OR=1.26) (VANCAMPFORT et al., 2018), corroborando os resultados encontrados neste estudo.

Estudo de revisão demonstrou que embora seja necessária a estratégia do distanciamento social para conter o avanço do vírus da COVID-19 (BROOKS et al., 2020), há uma preocupação com a diminuição dos níveis de atividade física que a pandemia pode acarretar (CHEN et al., 2020). Nesse período, muitas academias e espaços fitness foram obrigados a suspender suas atividades a fim de evitar que as pessoas se aglomerem. Tal fato fez com que a prática de atividade física se tornasse menos viável, visto que a população reclusa em suas residências e a falta de estrutura apropriada são alguns dos motivos que levam ou podem levar várias pessoas a suspenderem as suas rotinas de exercícios físicos (LIZ et al., 2016).

Cada país adotou medidas para enfrentar a quarentena, mas há um consenso quanto ao isolamento dos idosos e indivíduos com comorbidades. Em compensação, isso pode restringir a realização da prática de atividades físicas das pessoas mais velhas que ficam sem

amparo neste período de isolamento. Grande parte da população idosa é sedentária e isso pode comprometer sua saúde, pois quanto maior o tempo de inatividade física maiores as chances de quadros de fragilidades (LAKICEVIC et al., 2020).

Tempos prolongados em casa podem aumentar os comportamentos que levam à inatividade e contribuem para a ansiedade e a depressão que, por sua vez, podem levar a um estilo de vida sedentário e resultar em uma série de condições crônicas de saúde (CHEN et al.,

2020), afetando a qualidade do sono dos idosos (SILVA; AZEVEDO; LIMA, 2020). Desta forma, é essencial para a saúde dos idosos que continuem a se exercitar para evitar perdas na sua capacidade funcional (BARBALHO et al., 2019). Manter a atividade física regular e praticar exercícios rotineiramente em um ambiente doméstico seguro é uma estratégia importante para uma vida saudável durante a pandemia do novo coronavírus (CHEN et al., 2020).

Este estudo teve algumas limitações. Os instrumentos utilizados (IPAQ e PSQI) são medidas indiretas e subjetivas; no entanto, são validados e amplamente utilizados no meio científico, devido ao baixo custo e a possibilidade de ser aplicado por meio da entrevista telefônica com os idosos. Outro aspecto foi a perda amostral, pois não foi possível entrar em contato com alguns idosos devido a pandemia, e não se obteve informações sobre um novo contato. Apesar disso, destaca-se como ponto forte que este foi o primeiro estudo a verificar como a atividade física interagiu com a qualidade do sono de idosos, que frequentavam um programa de extensão universitário, durante o período de isolamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo mostraram que idosos ativos fisicamente apresentaram pior eficiência habitual do sono do que os inativos. Acredita-se que a pior eficiência do sono dos idosos ativos pode estar relacionada ao impacto psicológico do distanciamento social, ocasionado pela pandemia do novo coronavírus, aspecto este que deve ser investigado em futuros estudos. Também foi observado um baixo nível de atividade física e alta prevalência de má qualidade de sono entre os participantes do estudo. Isto pode ser explicado ao período que

os idosos estão passando com o distanciamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19 e pelo cancelamento das atividades presenciais no programa de extensão, aspectos estes que podem estar influenciando nessas variáveis.

Diante disto, recomendam-se intervenções que envolvam a prática de atividade física e orientações sobre o sono mesmo que de forma on-line com os idosos, pois este grupo etário é considerada de alto risco para contágio e mortalidade. Ainda é necessária precaução e medidas protetivas contra o coronavírus até que grande parte da população seja vacinada. Além disso, novos estudos devem ser realizados comparando a qualidade do sono e o nível de atividade física após a pandemia do COVID-19 e o retorno das atividades presenciais do programa de extensão universitário. Ainda, recomenda-se estudos longitudinais com os idosos para conhecer o impacto da atividade física na qualidade do sono ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, A. P.; THOMPSON, L. A. Physiology of Aging of Older Adults. **Dental Clinics of North America**, v. 58, n. 4, p. 729–738, out. 2014.

APRAHAMIAN, I. et al. GERIATRIC SYNDROMES AND SARS-COV-2: more than just being old. **Journal Of Frailty & Aging**, v. 3, n. 9, p. 1-3, 2020.

BANNO, M. et al. Exercise can improve sleep quality: a systematic review and meta-analysis. **PeerJ**, v. 6, p. e5172, 11 jul. 2018.

BARBALHO, M. et al. "NO LOAD" resistance training increases functional capacity and muscle size in hospitalized female patients: a pilot study. **European Journal Of Translational Myology**, v. 29, n. 4, p. 302-306, 12 nov. 2019.

BEECHING, N. J; FLETCHER, T. E; FOWLER, R. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**. BMJ Best Practice, BMJ Publishing Group, 2020. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201>

BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70–75, jan. 2011.

BROOKS, S. K et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020.

BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British Journal Of Sports Medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 25 nov. 2020.

BUYSSE, D. J. Sleep Health: Can We Define It? Does It Matter? **Sleep**, v. 37, n. 1, p. 9–17, jan. 2014.

BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, n. 2, p. 193–213, maio 1989.

CHEN, P. et al. Coronavirus disease (COVID-19): the need to maintain regular physical activity while taking precautions. **Journal Of Sport And Health Science**, v. 9, n. 2, p. 103-104, mar. 2020.

CIOTTI, M. et al. The COVID-19 pandemic. **Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences**, v. 57, n. 6, p. 365–388, 17 ago. 2020.

COLTEN, H. R; ALTEVOGT, B. M. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: an unmet public health problem. **National Academies Press**, p. 1-424, 13 set. 2006.

CROWLEY, K. Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. **Neuropsychology Review**, v. 21, n. 1, p. 41–53, 12 mar. 2011.

D'AUREA, C. V. R. et al. Effects of resistance exercise training and stretching on chronic insomnia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 1, p. 51–57, 11 out. 2019.

DEAN, G. E. et al. Impaired Sleep: A multifaceted geriatric syndrome. **Nursing Clinics of North America**, v. 52, n. 3, p. 387–404, set. 2017.

FAN, B. et al. The efficacy of mind-body (Baduanjin) exercise on self-reported sleep quality and quality of life in elderly subjects with sleep disturbances: a randomized controlled trial. **Sleep and Breathing**, v. 24, n. 2, p. 695-701, jan. 2020.

FANK, F. et al. Effects of Exercise on Sleep in Older Adults: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses. **Journal of Aging and Physical Activity**, p. 1–17, 2022.

FERNANDES, H. M. et al. A influência da atividade física na saúde mental positiva de idosos. **Motricidade**, v. 5 n. 1 p. 33-50, 2009.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. **Medicina**, v. 39, n. 2, p. 157, 30 jun. 2006.

FOLEY, D. J. et al. Sleep Complaints Among Elderly Persons: An Epidemiologic Study of Three Communities. **Sleep**, v. 18, n. 6, p. 425–432, ago. 1995.

GROSSMAN, Ephraim S. et al. COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. **Personality and Individual Differences**, v. 168, n. July 2020, p. 110371, jan. 2020.

GRUBER, R. et al. Position statement on pediatric sleep for psychiatrists. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 23, n. 3, p. 174-95, 2014

GUBELMANN, C. et al. Physical activity is associated with higher sleep efficiency in the general population: the CoLaus study. **Sleep**, v. 41, n. 7, p. 1-9, jul. 2018.

GUIMARAES, L. H. C. T. et al. Physically active elderly women sleep more and better than sedentary women. **Sleep Medicine**, v. 9, n. 5, p. 488–493, jul. 2008.

HEYMANN, D. L.; SHINDO, N. COVID-19: what is next for public health?. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 542-545, fev. 2020.

HWANG, E.; SHIN, S. Effectiveness of Non-Pharmacological Intervention for Insomnia: a systematic review and meta-analysis. **Indian Journal Of Science And Technology**, v. 9, n. 40, p. 1-9, 28 out. 2016.

JIKE, M. et al. Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Sleep Medicine Reviews**, v. 39, n. 1, p. 25-36, jun. 2018.

JURADO-FASOLI, L. et al. Exercise training improves sleep quality: A randomized controlled trial. **European Journal of Clinical Investigation**, v. 50, n. 3, p. 1-11, 12 mar. 2020.

KOVACEVIC, A. et al. The effect of resistance exercise on sleep: A systematic review of randomized controlled trials. **Sleep Medicine Reviews**, v. 39, p. 52-68, jun. 2018.

KRAEMER, M. U. G. et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. **Science**, v. 368, n. 6490, p. 493-497, maio 2020.

LAKICEVIC, N. et al. Stay fit, don't quit: geriatric exercise prescription in covid-19 pandemic. **Aging Clinical And Experimental Research**, v. 32, n. 7, p. 1209-1210, 17 maio 2020.

LAMBIASE, M. J. et al. Temporal Relationships between Physical Activity and Sleep in Older Women. **Medicine & Science In Sports & Exercise**, v. 45, n. 12, p. 2362-2368, dez. 2013.

LIU, T. Z. et al. Sleep duration and risk of all-cause mortality: A flexible, non-linear, meta-regression of 40 prospective cohort studies. **Sleep Medicine Reviews**, v. 32, n. 1, p. 28-36, abr. 2017.

LIZ, C. M. de et al. Análise qualitativa dos motivos de adesão e desistência da musculação em academias. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 38, n. 3, p. 267-274, jul. 2016.

MAZO, G. Z. et al. Impact of Social Isolation on Physical Activity and Factors Associated With Sedentary Behavior in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 30, n. 1, p. 148–152, 1 fev. 2022.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 12, n. 6, p. 480–484, 2010.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Arousal and Regulatory Systems: Workshop Proceedings**. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/arousal-and-regulatory-systems-workshop-proceedings.shtml>. Acesso em: 24/05/2022.

OHAYON, M. et al. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. **Sleep Health**, v. 3, n. 1, p. 6–19, fev. 2017.

PORKKA-HEISKANEN, T.; ZITTING, K. M.; WIGREN, H. K. Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. **Acta Physiologica**, v. 208, n. 4, p. 311–328, ago. 2013.

SAMPASA-KANYINGA, H; CHAPUT, J.P. Associations among self-perceived work and life stress, trouble sleeping, physical activity, and body weight among Canadian adults. **Preventive Medicine**, v. 96, p. 16-20, mar. 2017.

SBMEE - Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte. **Informe da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE) sobre exercício físico e o coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: http://www.medicinadoesporte.org.br/wp-content/uploads/2020/03/sbmee_covid19_final.pdf.

SHANG, B. et al. Nonpharmacological interventions to improve sleep in nursing home residents: a systematic review. **Geriatric Nursing**, v. 40, n. 4, p. 405-416, jul. 2019.

SILVA, M.; AZEVÊDO, S.; LIMA, P. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da

doença COVID19: uma revisão literária. **Revista Diálogos em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2020.

SIVIERO, R.; BRAGA, G.; ESTEVES, A. A influência do cronotipo e da qualidade do sono na frequência de treinamento na academia. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 3, p. 262-269, 23 out. 2015.

TUFAN, A. et al. An under-diagnosed geriatric syndrome: sleep disorders among older adults. **African Health Sciences**, v. 17, n. 2, p. 436-444, jul. 2017.

TUFIK, S. **Medicina e biologia do sono**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008.

VANCAMPFORT, D. et al. Physical activity and sleep problems in 38 low- and middle-income countries. **Sleep Medicine**, v. 48, n. 1, p. 140-147, 2018.

VANDERLINDEN, J.; BOEN, F.; VAN UFFELEN, J. G. Z. Effects of physical activity programs on sleep outcomes in older adults: a systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 1, p. 11, 5 dez. 2020.

WEBER, M. et al. Effects of Mind-Body Interventions Involving Meditative Movements on Quality of Life, Depressive Symptoms, Fear of Falling and Sleep Quality in Older Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 18, p. 6556, 9 set. 2020.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-ncov) outbreak. **Journal Of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, p. 1-4, 13 fev. 2020.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 09

DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS A SAÚDE DA PESSOA IDOSA

ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS

A pandemia do COVID-19 trouxe uma maior consciência sobre a finitude humana e a necessidade de ser encarar o processo de envelhecimento com dignidade e qualidade de vida. Sabe-se que o processo de envelhecimento começa na concepção e à medida que nos desenvolvemos nossas células e sistemas vão se reestruturando, se adaptando e, logicamente, envelhecendo e com isso desenvolvendo agravos que, se não tratados e acompanhados devidamente, atrapalham seu viver e sua qualidade de vida.

Esse processo coloca o sujeito em condições de vulnerabilidade seja de ordem física (violência sofrida por cuidadores ou familiares) ou social (condições econômicas ou abandono pelos familiares nas Instituições de Longa Permanência) e isso requer da equipe de saúde um olhar acurado para perceber as situações que colocam ou estão perpetuando a vulnerabilidade do idoso.

Muitas são essas condições, que se materializam na forma de doenças orgânicas crônicas, como as cardiovasculares e osteomusculares, cânceres, dor, e as mentais, como as demências, depressão, ansiedade, dentre outras, que levam o idoso a necessidade de cuidados contínuos em instituições hospitalares ou domicílio, pois estão vulneráveis a infecções, ao aparecimento de lesões por pressão e ao isolamento social, requerendo assistência da equipe multidisciplinar.

Mas, a condição de vulnerabilidade do idoso não está voltada apenas aos que estão restritos ao domicílio, mas, também, aqueles desprovidos de liberdade, moradores de rua e aos que seguem sua vida social normal e mantêm acesa a sexualidade e vida sexual ativa. Esse grupo está exposto a doenças transmissíveis como a sífilis, violência sexual, física, e todas as formas de violência.

Dentre todos os desafios do processo, como encarar as transformações do corpo – muitas das vezes instrumento de trabalho, adoecer, lutar contra o câncer, enfrentar os desafios econômicos, as violências veladas ou não, aceitação social e muitos outros, está o processo de comunicação, transformado a partir do uso das tecnologias digitais. Isso levou o ser humano ao aprendizado, transformação e adaptação de um processo que tanto aproxima como afasta o ser humano.

Todo esse caminhar evolutivo do ser humano, se faz a contento quando tem uma rede de apoio social lhe amparando, e que lhe prepara para ser, sempre que possível, seu autocuidador, que enquanto sujeito que se cuida vai em busca de transformar o seu viver, buscar o sentido da vida e manter sua qualidade de vida.

Nesse livro estão dispostos todos esses elementos e, a partir de sua leitura, espera-se que encontrem elementos para fomentar um envelhecimento saudável para si e para o outro.

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

UFCG

FATORES ESTRESSORES, NA VISÃO DOS FAMILIARES E CUIDADORES, QUANTO AOS CUIDADOS PRESTADOS A INDIVÍDUOS COM ALZHEIMER: REVISÃO INTEGRATIVA

RÊNEIS PAULO LIMA SILVA

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pelo Programa Associado em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE, associado com a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Mestre em Enfermagem pela UPE/UEPB. Especialista em Emergência, UTI e Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. E-mail: paollolima@gmail.com;

CARLA COUTO DE OLIVEIRA DINIZ

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo – FACOTTUR. E-mail: coutocarla43@gmail.com;

EVANILZA MARIA MARCELINO

Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE associado com a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. E-mail: evanilza.marcelino@upe.br;

IVONEIDE RIBEIRO COSTA

Enfermeira. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE, associado com a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Mestre em Enfermagem pela UPE/UEPB. E-mail: ivoneide.rcosta@upe.br;

JEANE DA SILVA ROCHA SANTOS

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Associado em Enfermagem da Universidade Estadual de Pernambuco – UPE, associado com a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Mestre em Gerontologia pelo Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. E-mail: jeane.rsantos@upe.com;

RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é uma patologia neurodegenerativa que atinge o córtex cerebral, sem gerar alteração na consciência, configurada por um decaimento cognitivo geral contínuo, que resulta no impedimento das atividades da vida diária, sendo mais comum, ocorrer após os 65 anos, evoluindo lenta e gradualmente para a morte neuronal acarretando a destruição cerebral. O objetivo deste estudo foi identificar na literatura científica, os fatores estressores, na visão dos familiares e cuidadores, quanto aos cuidados a indivíduos com Alzheimer, entres os anos de 2009 e 2019. Tratou-se de uma pesquisa de revisão integrativa, onde de 187 artigos, que respondiam aos critérios de elegibilidade, usaram-se 8 para construção das discussões. Da análise, originaram-se três categorias: 1ª Sobrecarga, Sofrimento e enfrentamento dos cuidadores com o idoso portador de DA, 2ª Prática do cuidar pelos cuidadores ao indivíduo com DA e 3ª Papel do enfermeiro no cuidado ao portador de DA. Os fatores estressores, na visão dos familiares e cuidadores, sobre aos cuidados com o portador de DA envolvem variados aspectos, entre eles: rotina do cuidador primário, conhecimento sobre a patologia, grau de dependência do indivíduo doente, inteligência emocional do cuidador, entre outros; estes aspectos devem ser entendidos e reconhecidos para que se possa organizar a assistência. O enfermeiro deve saber identificar esses fatores, para poder auxiliar os familiares a organizar estratégias de enfrentamento. pois é ele que ficará maior parte do tempo acompanhando e realizando os cuidados como idoso, principalmente, aquele que tem alguma demência como a Doença de Alzheimer.

Palavras-chaves: Doença de Alzheimer, Cuidador, Familiares, Estresse dos Cuidadores.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento já é parte da realidade da maioria das sociedades, principalmente as desenvolvidas, pois claramente a pirâmide etária está mudando gradativamente. Sendo assim, verifica-se que o número de idosos só aumenta, sobretudo, quando comparado com as taxas de natalidade. Estima-se que, até o ano de 2050, haverá cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, e a maioria vivendo em países em desenvolvimento (RAMOS e MOURINHO, 2029; MOREIRA et al., 2018).

A população do Brasil e do mundo, está ficando mais velha. Segundo dados do censo demográfico brasileiro, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as projeções para o ano de 2020 era de que os idosos atingiriam 25 milhões de indivíduos, destes 15 milhões seriam mulheres, e representariam 11,4% da população total (OLIVEIRA; LUCENA; ALCHIERI, 2016), o que traz consigo o aumento das doenças crônicas degenerativas, entre elas a Doença de Alzheimer (DA) (TAVEIRA e SPINELLI JUNIOR, 2021; STORTI et al., 2016).

A doença de Alzheimer (DA) é uma patologia neurodegenerativa que atinge o córtex cerebral, sem gerar alteração na consciência, configurada por um decaimento cognitivo geral contínuo, aparecendo como a maior causa isolada de demência, representando 50% a 75% dos casos, com maior prevalência entre idosos, quase dobrando a cada 5 anos após os 65 anos. A DA progride lenta e gradualmente, fazendo surgir sintomas neuropsiquiátricos, dentre eles, agitação psicomotora, alucinações, delírios e alterações psicopatológicas, deficiências de linguagem e habilidades viso-espaciais, que são frequentemente acompanhadas por distúrbios comportamentais como apatia, agressividade e depressão (TAVEIRA e SPINELLI JUNIOR, 2021; SILVA et al., 2020; JING et al., 2016; SILVA, 2019; MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Inicialmente, encontram-se episódios esporádicos de perda de memória e dificuldades na assimilação de novos conhecimentos. Com a evolução gradual são geradas consequências em funções cognitivas, tais como: cálculos, raciocínio abstrato e julgamentos. Nos estágios intermediários pode ocorrer um distúrbio motor que se caracteriza na dificuldade em produzir sons da fala, chamado de apraxia, bem como, a perda da linguagem, denominada afasia. Os estágios terminais

se caracterizam por distúrbios no sono, comportamento, psicoses. Incapacidade de deambular, emitir sons e efetivar cuidados pessoais e atividades da vida diária (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

De acordo com sua evolução surgem sintomas neuropsiquiátricos que podem resultar em sofrimento para a pessoa acometida, levando-as a necessitarem de auxílio para realização das atividades da vida diária e, normalmente, os cuidadores ou membros da família tendem a oferecer esse suporte. Desta forma, existem dois tipos de cuidadores: o principal, normalmente membro familiar, que se responsabiliza integralmente pelo indivíduo com DA, e o secundário, que pode ser outro familiar, voluntário ou um cuidador ocupacional que ajuda nas atividades complementares (STORTI et al., 2016).

A deterioração das habilidades cognitivas e físicas, muitas vezes associada a sintomas cognitivos, tais como sintomas psicóticos, depressão e mudanças de comportamento, típicos desta doença, resultam em fatores estressores para os que lidam diariamente com esses pacientes, representando um problema de saúde, econômico e social (OLIVEIRA; LUCENA; ALCHIERI, 2016). Sabe-se que o cuidador familiar tem grande importância no curso e tratamento da doença de Alzheimer, porém nem todos têm o conhecimento necessário acerca da doença, nem está psicologicamente estruturado o suficiente para tal atividade (BACK, 2016), o que podendo resultar em excesso de cargas emocionais, físicas e financeiras, interferindo no lazer e nas relações sociais, gerando nos cuidadores doenças agudas e crônicas (STORTI et al., 2016).

Para Souza et al. (2015):

À medida que aumentam a debilidade e a dependência do idoso, com o passar do tempo, os encargos do ato de cuidar podem sofrer novas mudanças, exigindo maiores esforços para que as necessidades geradas pela diminuição da capacidade funcional do idoso sejam supridas, podendo gerar no cuidador, como resultado da repercussão do ato de cuidar, estado de vulnerabilidade, desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais.

Por ter a função de cuidar de um parente com demência, especificamente a DA, o tempo que eles têm para se cuidarem ou cuidarem suas próprias necessidades diárias diminui, o que os torna mais susceptíveis

a problemas de saúde mental e física. Os cuidadores queixam-se, muitas vezes, de sobrecarga e, frequentemente, de depressão, estresse e ansiedade. Deixam de lado, na maioria das vezes, a profissão, as atividades de lazer e o autocuidado, podendo levar a prejuízos na qualidade de vida e no cuidado prestado ao idoso (SILVA et al., 2019).

Assim, cada vez mais, exigem-se profissionais capacitados para atuarem junto aos cuidadores, destacando-se o papel do em diagnosticar, planejar, coordenar e avaliar as necessidades do cliente/família no processo saúde/doença (VALIM et al., 2016). Cabe ao enfermeiro, vinculado a essa família, prestar essa assistência, através da desmistificação de intervenções, tradução da doença e esclarecimento de dúvidas (STORTI et al., 2016). A enfermagem deve atuar estimulando o autocuidado, o individualismo, o cuidado a partir das primícias de que cada idoso apresenta grau diferente de dependência, distinguindo dessa forma o modo de assistência. O trabalho é realizado em conjunto abordando o paciente, a família e a equipe de saúde (COSTA et al., 2016).

A partir das dificuldades encontradas pelos familiares e cuidadores em lidar com essa patologia, o enfermeiro poderá sistematizar um acolhimento mais holístico, esclarecendo dúvidas quanto ao cuidar e quanto ao processo de reinserção do paciente de Alzheimer no contexto social. O objetivo principal deste estudo foi identificar, na literatura científica, os fatores estressores, na visão dos familiares e cuidadores, quanto aos cuidados aos indivíduos com Alzheimer, entres os anos de 2008 e 2018.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão integrativa que se define como uma pesquisa desenvolvida através de materiais já elaborados, principalmente, livros, revistas e artigos científicos, fornecendo uma visão mais ampla sobre determinado assunto, sendo esta, conduzida por uma questão de pesquisa construída de maneira clara e objetiva (GIL, 2019; MELO et al., 2019; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), e foram realizadas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura e seleção dos artigos, coleta de dados, análise dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Buscou-se responder a seguinte pergunta norteadora: Quais os fatores estressores, na visão dos familiares e cuidadores, quanto aos cuidados prestados a indivíduos com Alzheimer?

A coleta de dados foi realizada, no período de fevereiro a agosto de 2019, nos bancos de dados da *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Medline e *U.S. National Library of Medicine* (PudMed). Essa busca utilizou às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde – DeCs e *Medical Subject Headings* (MESH), com os descritores em português: “Doença de Alzheimer”, “Cuidadores” e “Estresse Psicológico”, e em inglês: Alzheimer disease, Caregivers e Stress Psychological. Foi utilizado o operador Booleano “AND”, para o cruzamento (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos estudos capturados segundo combinação dos descritores.

Descritores em Português	Descritores em Inglês
Doença de Alzheimer AND Cuidadores	Alzheimer Disease AND Caregivers
Doença de Alzheimer AND Estresse Psicológico	Alzheimer Disease AND Stress Psychological
Doença de Alzheimer AND Cuidadores AND Estresse Psicológico	Alzheimer Disease AND Caregivers AND Stress Psychological

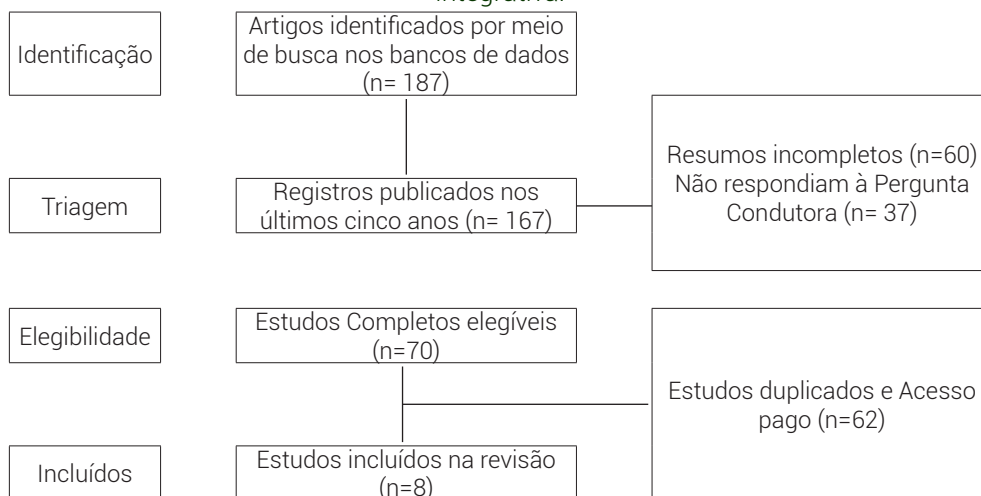
Fonte: Autoria própria, 2019.

Usou-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, disponíveis eletronicamente na íntegra e que respondessem à questão norteadora e fossem pertinentes com a temática abordada, e tivesse um marco temporal de 2009 a 2018. Excluíram-se: monografias, teses e dissertações, publicações repetidas, cartas, editoriais, comentários, resumos de anais, revisões de qualquer espécie, além de livros.

Para auxiliar na caracterização e análise final, elaborou-se um instrumento de coleta de dados, semiestruturado, composto por: o nome do periódico, título do artigo, autor(es), cenário da pesquisa, metodologia aplicada, ano da publicação, nível de evidência (NE), objetivos e síntese dos resultados. Encontraram-se 187 artigos, dos quais realizou-se a leitura crítica na íntegra, e destes, restaram 8 (oito) que compuseram as discussões dessa pesquisa (Figura 1).

Os artigos foram classificados de acordo com os NE, em sete níveis seguintes: Nível I: estudos de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios controlados; Nível II: randomizado bem delineado ensaio controlado; Nível III: estudos de ensaios clínicos sem randomização bem delineada; Nível IV: bem delineado estudos de coorte e caso-controle (não experimentais); Nível V: estudos de revisão sistemática abordando estudos descritivos e estudos qualitativos; Nível VI: evidência de um único ou estudo qualitativo; Nível VII: evidência da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas (MELO et al., 2019 **apud** MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Figura 1 – Fluxograma de seleção amostral dos estudos incluídos na revisão integrativa.



RESULTADOS

A amostra final está descrita nos quadros 2, 3 e 4, que mostram: o nome do periódico, título do artigo, autor(es), cenário da pesquisa, metodologia aplicada, ano da publicação, nível de evidência (NE), objetivos e resultados.

Quadro 2 – Levantamento dos periódicos selecionados, entre os anos de 2009 e 2018, Olinda/PE, Brasil, 2019.

Periódico	Título	Autor/Ano
1. Revista Bionorte	A percepção do cuidador familiar sobre os fatores estressores provocados pelos cuidadores do idoso com Demência de Alzheimer	DUARTE; SANTOS; TUPINAMBÁ, 2017
2. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento	Doença de Alzheimer: o cuidado como potencial partilha de sofrimento	ENGEL, 2017
3. Psicologia em Estudo	Reconfiguração de campo do familiar cuidador do Portador de Alzheimer	BRASIL e ANDRADE, 2013
4. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online	A perspectiva do cuidador frente ao idoso com a doença de Alzheimer	SILVA <i>et al.</i> , 2013
5. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento	O impacto causado pelo longo processo de morte na família do idoso acometido pela doença de Alzheimer	SILVA e SANTOS, 2012
6. Revista Mineira de Enfermagem	O idoso portador da doença de alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar	LENARDT, M. H. <i>et al.</i> , 2010
7. Revista Escola Anna Nery	Mudanças de comportamento em idosos com doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador.	MARINS, HANSEL e SILVA, 2016
8. Revista Latino-Americana de Enfermagem	Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo	BORGHI, 2013

Fonte: Autoria própria, 2019.

Quadro 3 – Síntese dos Artigos Incluídos na pesquisa quanto à metodologia, cenários, ano e país de publicação, entre os anos de 2009 e 2018, Olinda/PE, Brasil, 2019.

Metodologia	Cenários	NE
1. Pesquisa qualitativa e corte transversal	CRASI – Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), na cidade de Montes Claros – MG.	VI
2. Pesquisa etnográfica	Centro de Referência para portadores da doença de Alzheimer do Hospital Universitário de Brasília.	VI
3. Pesquisa qualitativa	O estudo desenvolveu-se com três cuidadoras familiares de pacientes portadores de Alzheimer diagnosticados havia mais de seis meses.	VI
4. Estudo descritivo e qualitativo	Familiares e/ou cuidadores de pacientes com DA cadastrados na Unimed Norte de Minas Gerais.	VI
5. Abordagem qualitativa	A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas aplicadas a quatro familiares cuidadores de portadores da doença de Alzheimer.	VI
6. Estudo qualitativo-descriptivo	Centro de Referência em Doença de Alzheimer da Cidade de Curitiba-PR.	VI

7. Teoria Fundamenta- da nos Dados (TFD)	Vinte e cinco participantes, cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer, em atendimento ambulatorial no Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice, do	VII
8. Estudo Comparativo	Realizado em Maringá, Paraná, com 20 cuidadores primários de idosos com Alzheimer e 20 secundários, participantes da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ),	VII

NE: nível de evidência

Fonte: Autoria própria, 2019.

Quadro 4 – Síntese dos artigos incluídos na pesquisados quanto aos objetivos e resultados entre os anos de 2008 e 2018, Olinda/PE, Brasil, 2019.

Objetivos	Resultados
1. Identificar a percepção do cuidador familiar sobre os fatores estressores provocados pelos cuidados com o idoso com doença de Alzheimer.	Encontraram-se quatro categorias que ilustram os fatores estressores: Sintoma da doença que causa estresse; Sentimentos experienciados; Mudanças no papel social; Aceitação do adoecimento; e uma subcategoria que descreve outras dificuldades encontradas durante os cuidados.
2. Adensar etnograficamente o que se entende por sofrimento quando se fala em Alzheimer e como esse é tratado e cuidado.	A principal conclusão do trabalho é a de que tratar o Alzheimer é cuidar, ou ao menos depende do cuidado; e que legislações e prescrições de formas e modos de cuidar entram em conflito, por vezes, com possibilidades, demandas de auxílio, a complexidade e isolamento do cuidado cotidiano.
3. Descrever e compreender como ocorre a reconfiguração de campo do familiar cuidador responsável pelo portador de Alzheimer.	Encontraram-se quatro categorias que descrevem a reconfiguração do campo das cuidadoras: assumindo a responsabilidade em cuidar; mudanças na família; rede de apoio social; e estratégias de enfrentamento.
4. Compreender os saberes e práticas de cuidadores de idosos sobre a doença de Alzheimer (DA).	Os resultados evidenciaram as seguintes categorias: "O conhecimento sobre a doença de Alzheimer", "Cuidados prestados aos portadores da doença", "Sentimentos ao cuidar do idoso com Doença de Alzheimer". Percebe-se que o conhecimento dos cuidadores sobre DA é confuso. Em decorrência desse cuidado diário realizado por esses cuidadores vários impactos podem ser observados na vida dos entrevistados, como mudanças no cotidiano, dificuldades financeiras e impactos na sua saúde.
5. Conhecer a vivência do familiar de idosos com Alzheimer sobre o longo processo de morte.	Os resultados revelam-se cinquenta e três unidades de significados, que agrupadas formaram dez categorias que resultaram em três temáticas: Dificuldades para o cuidar que identificou dificuldades na prática, relacionadas à família, do próprio cuidador e da primeira perda; Momentos da experiência, que evidenciou as mudanças na vida, as vivências da ausência, a grande confusão de sentimentos e a aproximação do fim; O longo adeus, nos revelou a despedida do ser e a despedida do corpo.

<p>6. Revelar o sistema de conhecimento e cuidado de cuidadores familiares de idosos portadores da doença de Alzheimer.</p>	<p>Das análises emergiram os domínios: cuidados de proteção e estímulo em consequência da não aceitação da doença; os sintomas da doença geram desgaste para o cuidador; modificações na vida familiar decorrentes da doença de Alzheimer; o conhecimento da doença por meio das experiências próprias e da mídia. O conhecimento dos cuidadores familiares a respeito da doença de Alzheimer limita-se às informações fornecidas pela mídia, pelos <i>folders</i> distribuídos à população e pelo conhecimento do senso comum, o que contribui para a manutenção de cuidados pouco recomendáveis e potencializa a sobrecarga do cuidador.</p>
<p>7. Identificar principais mudanças comportamentais em idosos com Doença de Alzheimer e distinções na sobrecarga imposta ao cuidador</p>	<p>Segurança comprometida por contato com fogo, fugas e saídas desacompanhadas foi destacada por 80% dos cuidadores. Metade dos idosos sob os cuidados dos participantes requeriam supervisão e proteção constantes.</p>
<p>8. Comparar a sobrecarga do cuidador familiar principal com a do secundário do idoso com doença de Alzheimer e identificar qual dimensão gera maior impacto.</p>	<p>A sobrecarga objetiva global e em cada subescala foi significativamente maior no grupo de cuidadores principais; a sobrecarga subjetiva não diferiu entre os grupos. Comparando-se as subescalas, a assistência cotidiana ao paciente exerceu maior influência para a sobrecarga objetiva em ambos os grupos, e a preocupação com o idoso foi a dimensão que mais influenciou a sobrecarga subjetiva de cuidadores principais e secundários.</p>

Fonte: Autoria própria, 2019.

DISCUSSÃO

Considerando-se a categorização utilizada na análise dos artigos, houve a formação de em 3 (três): 1ª – Sobrecarga, Sofrimento e enfrentamento dos cuidadores com o idoso portador de DA, 2ª – Prática do cuidar pelos cuidadores ao indivíduo com Doença de Alzheimer (DA) e 3ª – Papel do enfermeiro no cuidado ao portador de DA, apresentadas a seguir.

Categoria 1 – Sobrecarga, Sofrimento e enfrentamento dos cuidadores com o idoso portador de DA.

Engel (2017) afirma que o sofrimento acomete todos aqueles que convivem com o Alzheimer, e, isso inclui o portador e todos aqueles que cuidam do mesmo, de forma direta e indireta. Falcão e Bucher-Maluske (2009) concluíram que muitos familiares demoram a entender os sintomas de DA apresentados pelo portador, o que faz com que o

diagnóstico demore a ser concretizado. O estudo também mostrou que o cuidador primário apresenta dificuldades para se relacionar com os outros membros da família, podendo chegar a desenvolver Síndrome de *Burnout*.

Analisando-se a questão que muitos cuidadores precisam abandonar o seu cotidiano para cuidar do portador da DA, observam-se conflitos entre os familiares, o paciente e até mesmo as pessoas que convivem de forma indireta nesse meio. É notório que a sobrecarga recai para as mulheres, filhas, que saem do seu convívio social e se transferem para dentro do universo do portador de Alzheimer. No estudo de Borghi *et al.* (2013), eles evidenciaram que o cuidador primário enfrenta uma sobrecarga maior com relação ao cuidado do portador da DA, enquanto o cuidador secundário preocupa-se apenas com obrigações financeiras e atividades complementares.

No estudo de Souza *et al.*, 2021, que aborda *Impactos físicos e emocionais na saúde do cuidador informal de pacientes com doença de Alzheimer*, percebe-se que:

As famílias de pessoas com DA carregam um fardo muito pesado ao receberem o diagnóstico da doença de seu familiar, precisando reajustar recursos humanos e financeiros para cuidar dele. Muitas vezes, a falta de conhecimento acerca da doença, além do escasso apoio afetivo e técnico para lidar com a progressão da enfermidade, comprometem a saúde física e mental dos cuidadores, o que leva a transtornos emocionais, comportamentais e neuropsiquiátricos

Dependendo das fases de desenvolvimento da DA, o idoso se tornará cada vez mais dependente de alguém para realização de suas atividades diárias, sendo o cuidador geralmente um familiar que mantenha contato direto com esse idoso, como o cônjuge, filhos e, mais raramente, outros parentes mais distantes ou amigos. Geralmente estes cuidadores informais residem com o idoso, sendo principalmente do sexo feminino (esposas e/ou filhas) com faixa etária entre 55 a 65 anos, que não trabalham fora de casa (MAZOCO *et al.*, 2017). Essa realidade implica diretamente em uma elevada sobrecarga da cuidadora que também assume outros papéis sociais (CHARLESWORTH *et al.*, 2016; MARINS, HANSEL, SILVA, 2016; MANZINI e VALE, 2020).

Os familiares e/ou cuidados de pacientes com DA são classificados como grupo de alto risco para suicídio, e esse risco não parece desaparecer após a morte ou institucionalização do paciente sendo este fato um alerta para os impactos permanentes do ato de cuidar na vida dessas pessoas (KISHITA, 2018).

Categoria 2 – Prática do cuidar pelos cuidadores ao indivíduo com DA

Brasil e Andrade (2013) afirmam que após o diagnóstico confirmado o cuidador principal do portador de DA precisa reajustar seus compromissos, sua vida social e seu convívio familiar para que possa traçar estratégias eficazes para o enfrentamento e adaptação do cuidado.

Silva et al. (2013) evidencia a necessidade de um cuidador permanente para o indivíduo com Alzheimer, pois chegará em um estágio que o mesmo necessitará de ajuda para executar todas as atividades da vida diária que costumava fazer sozinho, desta forma, o cuidador é fundamental. Percebe-se nesse momento que o nível de cuidado se torna mais redobrado, necessitando deixar o empirismo de lado, e buscar novas formas de prestar a atenção na saúde desses indivíduos.

Segundo Kucmanski et al. (2016):

Denomina-se cuidador primário o sujeito diretamente responsável por todas as ações realizadas frente ao idoso com DA; já os cuidadores secundários, diferentemente, podem até realizar as mesmas tarefas que o cuidador primário, mas o que os distingue dos primeiros é o fato de não terem o mesmo nível de responsabilidade e decisão; no caso dos cuidadores terciários, eles substituiriam o cuidador primário por curtos períodos, realizando tarefas especializadas, como compras, ajudar no transporte do paciente, receber pensão e pagar contas. Todos desempenham importante papel no cuidado, porém, é inegável a necessidade de atenção e zelo para com o cuidador primário.

Luzardo et al. (2016), em seu estudo sobre as *Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria*, evidenciou que pela necessidade de cuidados constantes, dificuldade em lidar com as manifestações

psiquiátricas e comportamentais, agregadas às vivências envolvendo vínculos emocionais, pela convivência antes da instalação da doença, podem resultar em desgaste físico, mental e emocional, e como consequências psicossociais da doença indicariam que o cuidador/familiar deve ser alvo das investigações científicas em relação à doença de Alzheimer, decorrente da sobrecarga vivenciado pelo conjunto de afazeres originadores de estresse e efeitos negativos (Efeito *Burden*).

Nota-se que mesmo com a situação de estresse, esforços físicos e psíquicos desenvolvidos pela função do cuidar, o cuidador direto ou indireto pode sentir prazer e conforto quando se envolve em suas tarefas e consegue perceber resultados positivos, sendo estes considerados como oportuno na retribuição do cuidado/carinho que receberam, como acontece com os filhos e netos dos idosos doentes (MAZOCO et al., 2017).

Categoria 3 – Papel do enfermeiro no cuidado ao portador de DA

Silva e Santos (2012) traz uma reflexão sobre como os enfermeiros, podem auxiliar os familiares dos portadores de DA a enfrentar os desafios que o cuidado trará. O enfermeiro precisa entender o contexto familiar e os ajudar a traçar estratégias de enfrentamento. Lenardt et al (2010) também traz informações inerentes ao papel do enfermeiro na assistência ao cuidador do portador de DA, e, reafirma a importância de entender o contexto familiar para poder intervir e cuidar desse sujeito essencial.

É partindo desse ponto, que a busca pelo amparo de cuidadores especializados, ou pela ciência dos enfermeiros, que o pacto paciente-familiar-profissional se torna mais estreito. Para Faria e colaboradores (2018), o enfermeiro tem o papel na orientação e nos cuidados de enfermagem ao paciente e seus familiares, possuindo habilidades, técnicas, raciocínio clínico, escuta ativa e humanização em todas essas ações. Além disso, cabe à enfermagem realizar visitas domiciliares e encaminhamentos para outros profissionais, além de planejar, executar, monitorar e avaliar planos de cuidados para os portadores de DA.

É de incumbência deste profissional, capacitar a equipe de enfermagem com temáticas concernentes aos cuidados prestados ao idoso

com doença de Alzheimer. Neste contexto destaca-se a atividade de planejamento, execução e avaliação do cuidado prestado ao idoso, responsabilidade inerente ao enfermeiro, que serve de apoio à família para que se alcance as metas desejadas (RAMOS et al., 2015).

Na atuação do enfermeiro é indispensável o desenvolvimento de ações que auxiliem na capacitação dos cuidadores/familiares, assim como abordagens sobre a importância do cuidado com a saúde e os malefícios do excesso de trabalho para uma boa qualidade de vida deles e dos pacientes com Alzheimer (AZEVEDO et al., 2022).

O profissionalismo do enfermeiro lhe proporciona potencial para se tornar o indivíduo que consegue preservar as funções e estimular cognitivamente os doentes com DA, permitindo que estes atinjam o máximo de qualidade de vida possível. Por isso é necessário capacitá-los com conhecimentos, habilidades e competências adequadas para cada necessidade e especificidade dessa patologia (SILVA e COSTA, 2019; PINHO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos mostrou que os fatores estressores, na visão dos familiares e cuidadores, com relação aos cuidados com o portador de DA envolvem variados aspectos, entre eles: rotina do cuidador primário, conhecimento sobre a patologia, grau de dependência do indivíduo doente, inteligência emocional do cuidador, entre outros; estes aspectos devem ser entendidos e reconhecidos para que se possa organizar a assistência.

O processo de cuidar de uma pessoa com Alzheimer exige necessidades extensas em sua própria saúde física e mental, imprescindíveis mudanças no estilo de vida e tempo pessoal. É importante que o cuidador/familiar tenham acesso ao conhecimento sobre do curso da doença, bem como receba orientações sobre maneiras de lidar/enfrentar as nuances do doente, o que contribuirá para a minimização da sobrecarga ao cuidar e para o favorecimento no relacionamento entre o paciente e seu(s) cuidador(es).

Os enfermeiros devem entender o processo patogênico da DA e saber identificar essas mudanças nos aspectos cognitivos, afetivos e interpessoais, para que possam auxiliar o cuidador a organizar

estratégias de enfrentamento do cuidado, de forma individualizada e mais próxima da realidade dos familiares e pacientes, respeitando-se as limitações que o idoso tem por conta da doença. Que o profissional de enfermagem esteja em constantes atualizações, buscando novas formações, e alcançando conhecimento por meio de especialização profissional.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.C.F. et al. Impactos na qualidade de vida dos cuidadores de pacientes geriátricos com doença de Alzheimer. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol 15(5), 2022. Disponível em: <file:///Users/reneispaulo/Downloads/10339-Artigo-115644-2-10-20220523.pdf>.

BACK, V. Saúde mental dos cuidadores de idosos portadores da doença de Alzheimer. **[Monografia]**. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Curso de Pós-Graduação Especialização Em Saúde Mental IV. Criciúma: 2016. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bits-tream/1/1779/1/Vanessa%20Back.pdf>.

BORGHI, A.C. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto: 2013, p. 21-4.

BRASIL, M.C.; ANDRADE, C.C. Reconfiguração de campo do familiar cuidador do portador de Alzheimer. **Psicologia em Estudo**, Maringá: 2013, p. 713-723.

CHARLESWORTH, G. et al. Peer support and reminiscence therapy for people with dementia and their family carers: a factorial pragmatic randomized trial. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, 87(11), 1218-1228, (2016). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27521377/>.

COSTA, A.M.S. et al. Assistência de Enfermagem ao Paciente com Alzheimer. **Revista da Universidade de Marília – UNIMAR**. Marília: 2016. Disponível em: <https://www.webartigos.com/storage/app/uploads/public/588/4ce/12e/5884ce12e9779551896091.pdf>.

DUARTE, A.C.; SANTOS, J.L.; TUPINAMBÁ, M.R.B. A percepção do cuidador familiar sobre os fatores estressores provocados pelos cuidados do idoso com demência de Alzheimer. **Revista Bionorte**, v. 6, n. 2, jul. 2017. Disponível em: https://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a92.pdf.

ENGEL, C.L. Doença de Alzheimer: o cuidado como potencial partilha de sofrimento. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre: 2017, p. 9-27.

FARIA, K.A. et al. Atuação da enfermagem frente ao paciente com doença de Alzheimer. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF**, Ano I, Volume I – Número 1 – Junho/2018. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/clqpb40icIL-MQo5_2018-7-26-10-54-57.pdf.

GIL, Anotnio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa social**. 7ª edição. Editora Atlas. 2019.

JING, W. et al. Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 2016; 66: 23-41.

KISHITA, N. et al. Which interventions work for dementia family carers? An updated systematic review of randomized controlled trials of carer interventions. **International Psychogeriatrics**, 30(11), 1679-1699, (2018). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017008/>.

KUCMANSKI, L.S. et al. Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, vol 19, nº 6, Rio de Janeiro, Nov/Dec, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601022&script=sci_arttext&tlng=pt.

LEONARDT, M.H. et al. O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **REME – Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte: 2010, p. 301-307.

LOURINHOS, B.B.A.S.; RAMOS, W.F. O envelhecimento, o cuidado com o idoso e a Doença de Alzheimer. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.16 n.30; p723-739. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2019b/o%20envelhecimento.pdf>.

LUZARDO, A.R. et al. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, 15(4), 587-94. 2016.

MARCOLAN, J.F.; CASTRO, R.C.B.R. *Enfermagem em saúde Mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MANZINI, C. S. S.; VALE, F. A. C. do. Emotional Disorders evidenced by Family caregivers of older people with Alzheimer's disease. **Dementia & Neuropsychologia**, 14(1), 56-61, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/CPW4BHKYjv7RsW793TRq6Zz/?lang=en>.

MARINS, A.M.F.; HANSEL, C.G.; SILVA, J. da. (2016). Mudanças de comportamento em idosos com doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, 20(2), 352-356. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/GDDrj9PsLd79QjNSfrc9NHR/?lang=pt&format=pdf>.

MAZOCO, V.A. et al. Impacto psicológico em cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer. **Psicologia - Saberes e Práticas**, n.1, v.1, 69-76, 2017. Disponível em: http://repositorio.unifafibe.com.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/495/2017_VAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

MELO, G.P. et al. Mudanças na sexualidade de mulheres após o diagnóstico do HIV: uma revisão integrativa. **Rev. Pesqui. Univ. Fed. Estado Rio Janeiro** Online, p. 1383-1388, 2019.

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 e Contexto-Enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

OLIVEIRA, K.S.A.; LUCENA, M.C.M.D.; ALCHIERI, J.C. Estresse em cuidadores de pacientes com Alzheimer: uma revisão de literatura. **Estud. Psiqui. Psicol.**, Rio de Janeiro:2016, p. 47-64. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n1/v14n1a04.pdf>.

RAMOS, A.K. et al. Gestión del cuidado de enfermería al anciano con Alzheimer. **Revista Cubana de Enfermería**, volume 31, Número 4 (2015). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/604/143>.

SILVA, P.D.M. et al. O impacto da doença de Alzheimer na vida do cuidador. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, Vol. 2, e2353, p1-10. 2020. Disponível em: <file:///Users/reneispaulo/Downloads/2353-Artigo-22880-1-10-20200207.pdf>.

SILVA, M.V.F. et al. Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures. **Journal of Biomedical Science**, 2019; 26(33).

SILVA, P.M.; COSTA, R. A assistência de enfermagem frente ao cuidado de paciente com Alzheimer. [**Trabalho de Conclusão de Curso – TCC**] – Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios, Alagoas, 2019. Disponível em: <https://ri.cesmac.edu.br/bitstream/tede/542/1/A%20ASSIST%C3%8ANCIA%20DE%20ENFERMAGEM%20FRENTE%20AO%20CUIDADO%20DE%20PACIENTE%20COM%20ALZHEIMER.pdf>.

SILVA, D. K.; SANTOS, N.C. O impacto causado pelo longo processo de morte na família do idoso acometido pela doença de Alzheimer. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre: 2012, p. 277-292.

SILVA, S.P.N. et al. A perspectiva do cuidador frente ao idoso com a doença de Alzheimer. **Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro: 2013. p. 3333-42.

SOUZA, P.H. Physical and emotional impacts on the health care of informal caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, e1410816990, 2021. Disponível em: [file:///Users/reneispaulo/Downloads/16990-Article-216507-1-10-20210704%20\(1\).pdf](file:///Users/reneispaulo/Downloads/16990-Article-216507-1-10-20210704%20(1).pdf).

SOUZA, L.R. et al. Overload in care, stress and impact on the quality of life of surveyed caregivers assisted in primary care. **Cad. Saúde Colet**, 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 140-149. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/44RVyk93hQNqy6GY4MmhHNP/?lang=pt&format=pdf>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein, São Paulo: 2019. p. 102-6.

STORTI, L. B. et al. Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-1169&lng=en&nrm=isso].

TAVEIRA, J.H.A.; SPINELLI JUNIOR, V.F. Qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.1, p. 7746-7762 Jan. 2021. Disponível em: <file:///Users/reneispaulo/Downloads/23507-60580-8-PB.pdf>.

VALIM, M. D. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf.** Goiana: 2016, p. 528-34. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a16.pdf>.

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE AUTORREFERIDAS DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

EVANILZA MARIA MARCELINO

Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem pela da Universidade do Pernambuco - UPE/UEPB, isamaria.ufcg@gmail.com;

ANA CLÁUDIA TORRES DE MEDEIROS

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UAENF/UFCG, anaclaudia.tm@hotmail.com;

RESUMO

Este estudo é recorte da pesquisa Prevalência de sintomas depressivos e condições de saúde em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. O objetivo da pesquisa foi descrever os fatores sociodemográficos e as condições de saúde autorreferidas em idosos com doenças crônicas. Pesquisa observacional do tipo transversal, de abordagem quantitativa, realizada com 130 idosos de um município de pequeno porte brasileiro. A coleta ocorreu em novembro de 2019 a março de 2020, utilizando-se de um questionário semiestruturado pelos pesquisadores com relação a condições de saúde autorreferidas e perfil sociodemográfico na região. Foram entrevistados 130 idosos com média de idade entre 71,5 anos; a maioria do sexo feminino, com idade entre 60 a 69 anos, sem escolaridade, casados, residentes com o cônjuge e renda individual de 1 a 3 salários mínimos; que não praticavam atividades físicas e utilizavam o SUS e um plano de saúde complementar entre os serviços de saúde. Além disso, a autorreferência negativa as condições de saúde e satisfação de vida também foram associadas aos fatores sociodemográficos. O estudo se apoia nas discussões pertinentes do contexto social do país para contribuir com um planejamento de ações e cuidados de toda a equipe de saúde no âmbito da APS.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Atenção Primária à Saúde. Doenças crônicas. Condições de saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem enfrentado assim como países de desenvolvimento mundial uma transição demográfica e epidemiológica positiva, a exemplo da expectativa de vida e envelhecimento populacional (FERNANDES *et al.*, 2021; TAVARES *et al.*, 2019). Entretanto, em oposição proporcional a esses dados cresce também as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em todo território do país (PERILLO *et al.*, 2009; TAVARES *et al.*, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou no ano de 2019 um quadro global de 73,6% das mortes provocadas pelas as DCNT (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). No Brasil, no mesmo ano foram igualmente relevantes, tendo sido relatado pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) um total de 41,8% das mortes entre 30 e 69 anos de idade (BRASIL, 2020).

Em 2019, a pesquisa Vigitel traçou o perfil do brasileiro em relação as doenças crônicas mais incidentes no país. Entre as levantadas a hipertensão foi a mais citada com 24,5% da população, seguidas da obesidade 20,3% e diabetes 7,4%. Em treze anos, desde o início do monitoramento, o maior aumento é em relação a obesidade, que passou de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019, uma ampliação de 72% na população do país com o agravamento da pandemia mundial por Covid-19 (BRASIL, 2021).

Em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil. Destes, 41,8% ocorreram prematuramente entre 30 e 69 anos de idade. Com tentativas de conter os avanços e agravos causados pelas DCNT, o Ministério da Saúde realizou a Semana das Doenças Crônicas não Transmissíveis. O foco das discussões foi apresentar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2021-2030 no cenário da atenção primária com o intuito de nortear as ações e políticas de saúde para esses agravos (BRASIL, 2021).

Destaca-se que, a literatura científica com foco em estudos populacionais demonstra que o aumento desses agravos causados pelas DCNT cresce, paralelamente, ao aumento da faixa etária da população (DUCAN *et al.*, 2012; TAVARES *et al.*, 2019; ROCHA; DE JESUS; 2022). Ao se considerar essa informação, é de suma relevância pensar em

estratégias, formas de prevenção, promoção e reabilitação que fortaleçam o cuidado na atenção primária ao grupo etário idoso, visto que, se configuram como mais susceptíveis ao desenvolvimento desses agravos (DUCAN *et al.*, 2012).

Nesse contexto de avanços das DCNT, o Ministério da Saúde lançou um plano de ações específicas ao panorama de prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no país que foi dividido em quatro eixos voltados para promoção em saúde, vigilância em saúde, atenção integral à saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde. Subdividido nos fatores de risco mais prevalentes como consumo de álcool, alimentação adequada e saudável, práticas de atividades físicas, poluição atmosférica entre outros (BRASIL, 2021).

Ademais, a compreensão dos profissionais de saúde, dos governantes, das academias, e principalmente, da população quanto aos desafios socioeconômicos, comportamentais e educacionais que cercam o avanço das doenças é fundamental na evolução do país (TAVARES *et al.*, 2019; ROCHA; DE JESUS; 2022). Portanto, torna-se essencial contribuir com esse novo paradigma da saúde no avanço de políticas públicas que sejam imediatistas e relevantes dado o atual cenário. Desta forma, o presente estudo teve o objetivo de descrever os fatores sociodemográficos e as condições de saúde autorreferidas em idosos com doenças crônicas.

METODOLOGIA

Este estudo é uma investigação epidemiológica do tipo observacional, transversal e abordagem quantitativa. Consiste em um recorte da pesquisa intitulada Prevalência de sintomas depressivos e condições de saúde em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (MARCELINO *et al.*, 2022), sob apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), obtendo o Parecer nº 3.155.477.

A amostra foi realizada pelo método conglomerados entre 182 idosos entrevistados e atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município Equador, estado do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados entre novembro de 2019 e março de 2020. Evidentemente, que devido ao cenário de pandemia mundial de Covid-19, em especial,

na faixa etária estudada foi necessária a interrupção da amostra baseado no cálculo amostral, considerando o nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%.

Após a apreciação dos critérios de inclusão utilizados foram incluídos na pesquisa 130 idosos: indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos, acompanhados pelas equipes de saúde das respectivas UBS durante o período da coleta de dados. Foram excluídos os usuários das unidades que possuíam diagnóstico de demência comprovada ou alteração cognitiva fornecida pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM) que impossibilitassem o preenchimento do instrumento.

Foram incluídas as seguintes variáveis para o estudo: sexo, faixa etária, em anos (60 a 69, 70 a 79, 80 anos e mais), situação conjugal e moradia (casado, solteiro, separado/desquitado/divorciado e viúvo), escolaridade em anos de estudo (sem escolaridade; 1 a 4; 5 a 8; 9 ou mais), renda individual mensal, em salários mínimos- SM (sem renda; menor que 1 SM; 1 a 3 SM; 4 a 5 SM; maior que 5 SM); número de morbidades autorreferidas, domínio mental, domínio físico, serviços de saúde utilizados, tabagismo e/ou etilismo, prática de atividades físicas, presença de doença crônica, quantidade de medicamentos em uso, e nível de satisfação de vida (Muito Satisfeito, Satisfeito, Nem Satisfeito e Nem Insatisfeito, Insatisfeito).

Para análise e organização dos dados da pesquisa, utilizou-se o software Excel Microsoft e alocados para o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 23.0 para Windows. Com ajuda de um estatístico experiente, foi realizada a avaliação descritiva, com apresentação de frequências simples, absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e posterior organização dos resultados em tabelas. Aplicou-se o teste de aderência de qui-quadrado, e para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo foram utilizados o teste exato de Fisher nos casos em que as frequências esperadas foram menores que cinco, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$), utilizando-se de modelos de regressão logística simples e múltipla, levando em consideração diversas variáveis (SIEGEL; CASTELLAN, 2006).

Foi realizado também para análise o procedimento de Backward em sequência estabelecidas pelas etapas (Stepwise), considerando ao final, apenas as variáveis que apresentaram um nível de significância

menor que 0,20, isto é, p-valor <0,20. Por fim, foram estimadas as Razões de Chances (RC), brutas e ajustadas com os respectivos intervalos de confiança (IC95%) e com os respectivos testes de Wald (SIEGEL; CASTELLAN, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 130 entrevistados, a média de idade foi de 71,5 anos; e a maioria era do sexo feminino, com idade entre 60 a 69 anos, sem escolaridade, casados, residentes com o cônjuge e com renda individual de 1 a 3 salários mínimos, sem consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, não praticavam atividades físicas e utilizavam o Sistema Único de Saúde - SUS e um plano de saúde complementar entre os serviços de saúde (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição das características socioeconômicos dos idosos residentes no município. Equador, Rio Grande do Norte, Brasil – 2020. (N=130).

Variáveis	n	%	X ² (p-valor)
Gênero			
Feminino	78	60	5,20 (0,026)
Masculino	52	40	
Idade			
60 a 69 anos	60	46,1	70,49 (<0,001)
70 a 79 anos	52	40	
80 a 89 anos	14	10,8	
90 a 99 anos	4	3,1	
Renda			
< 1 salário mínimo	3	2,3	145,86 (<0,001)
1 a 3 salários mínimos	107	82,3	
4 a 5 salários mínimos	19	14,6	
Não declarou	1	0,8	
Estado Civil			
Casado	79	60,8	100,58 (<0,001)
Divorciado	8	6,2	
Solteiro	10	7,7	
Viúvo	33	25,3	

Variáveis	n	%	X ² (p-valor)
Escolaridade			
Sem Escolaridade	59	45,4	68,58 (<0,001)
1 a 4 anos	53	40,7	
5 a 8 anos	8	6,2	
> 9 anos	10	7,7	
Serviços de Saúde			
Sistema Único de Saúde	29	22,3	39,88 (<0,001)
Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar	101	77,7	
Tabagista			
Ausente	115	88,5	76,92 (<0,001)
Presente	15	11,5	
Etilista			
Ausente	117	90	85,46 (<0,001)
Presente	12	9,2	
Não declarou	1	0,8	
Atividades Físicas			
Pratica	43	33,1	17,55 (0,0002)
Não pratica	63	48,4	
Nem pratica, nem tem interesse em praticar	24	18,5	
Doença Crônica			
Não	42	32,3	16,27 (<0,001)
Sim	88	67,7	
Satisfação de vida			
Insatisfeito	3	2,3	16,28 (<0,001)
Satisfeito	34	26,2	
Muito satisfeito	81	62,3	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	12	9,2	
Doenças autorreferidas			
Não possui	49	37,7	34,80 (<0,001)
1 doença	35	26,8	
2 doenças	34	26,2	
3 doenças	1	0,8	
>3 doenças	11	8,5	
Domínio Mental			
Com risco	21	16,2	
Sem risco	109	83,8	

Variáveis	n	%	X ² (p-valor)
Domínio Físico			
Com risco	31	23,8	59,57 (<0,001)
Sem risco	98	75,4	
Não relatou	1	0,8	
Uso de Medicamentos			
Não utiliza	35	26,9	48,52 (<0,001)
1 a 3 medicamentos	64	49,3	
4 a 5 medicamentos	15	11,5	
> 5 Medicamentos	16	12,3	

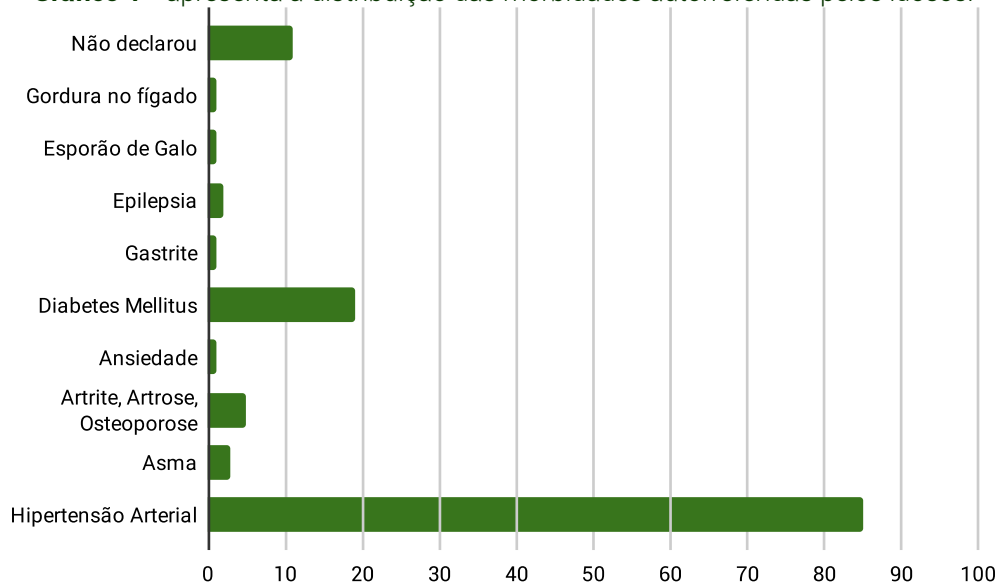
Nota: Salário-Mínimo vigente na época da coleta de dados = R\$ 1.045,00.

Fonte: Própria dos autores.

Constatou-se que de acordo com a literatura, os fumantes declararam uma média de pelo menos três cigarros por dia, enquanto que metade praticava caminhada e outras atividades com uma média de 30 minutos. Outros referiram participar regularmente de alguma atividade de lazer ou atividade física esporadicamente. Houve também o registro de apresentar limitações na marcha, isto é, andavam com algum tipo de suporte ou tinham dificuldade em executar movimentos de precisão com controle e destreza, e os demais apresentavam risco quanto ao domínio mental (MARCELINO *et al.*, 2022; NASCIMENTO DA SILVA *et al.*, 2020; DE MACÊDO *et al.*, 2020).

A maioria dos participantes relatou algum tipo de doença crônica. Em relação aos fatores associados às morbidades autorreferidas o **gráfico 1** apresenta as doenças mais citadas pelos entrevistados. Quanto ao incremento linear na associação com autopercepção de saúde com a satisfação de vida dos entrevistados, isto é, aqueles com autopercepção maior que três doenças (p-valor 178,87 (<0,001)) apresentaram as maiores prevalências de insatisfação de vida quando comparados aos idosos com avaliação de uma ou duas comorbidades de saúde (TAVARES *et al.*, 2019; MARCELINO *et al.*, 2022; NASCIMENTO DA SILVA *et al.*, 2020; DE MACÊDO *et al.*, 2020).

Gráfico 1 - apresenta a distribuição das morbidades autorreferidas pelos idosos.



Fonte: Própria das autoras.

A autopercepção negativa de saúde entre idosos condiz com os artigos encontrados na literatura nacional. No presente estudo, as doenças que apresentaram maior prevalência entre as multimorbidades foram diabetes mellitus, hipertensão arterial, artrite, artrose e osteoporose. Sendo que grande parte dos idosos apresentaram duas morbidades concomitantes (TAVARES *et al.*, 2019; CLÁUDIO *et al.*, 2020), paralelamente aos achados dos estudos internacionais (KNOW *et al.*, 2018; JENKINSON, TAYLOR, LAWS, 2018).

As morbidades referidas pelos usuários da região de saúde pesquisada demonstraram a associação com o sexo feminino e seus multifatores biopsicossociais. Este fato está de acordo com dados da literatura, que sugerem que as mulheres vivem, em média, mais do que os homens (MOREIRA *et al.*, 2020; TAVARES *et al.*, 2019; MARCELINO *et al.*, 2022; NASCIMENTO DA SILVA *et al.*, 2020; DE MACÊDO *et al.*, 2020).

No estudo de Silveira; Vieira e Souza (2018) um dos fatores que pode explicar esses achados está relacionado ao fato de que as mulheres acumulam mais gordura visceral e subcutânea do que os homens; correlacionado a isso também as diferenças no padrão alimentar entre os sexos e a chegada da menopausa nas mulheres. Dessa forma, a

literatura evidencia que o consumo de gordura saturada e carboidratos é maior em mulheres, principalmente, as que possui diagnóstico para Diabetes Mellitus - DM (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA *et al.*, 2018; TEXEIRA *et al.*, 2019).

Esse aumento da gordura visceral também foi citado por estar relacionado com a resistência insulínica e elevado risco de DM tipo 2 mesmo em mulheres fisicamente ativas (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA *et al.*, 2018; TEXEIRA *et al.*, 2019). A possível explicação também para a maior autorreferência entre as mulheres para tais morbidades está ligada em consequência também de as mulheres frequentarem mais os serviços de saúde do que os homens e, em por esse motivo, referirem maior acometimento das DCNT (CLAÚDIO *et al.*, 2020 *apud* Malta *et al.*, 2017).

Roman e Siviero (2018) observaram que a prevalência de DCNT entre as mulheres estavam relacionados também ao estado conjugal de viúvas, com menor escolaridade e menor renda (MARCELINO *et al.*, 2022). Roman e Siviero (2018) citam também o estudo realizado Kim e OH (2013) ao relacionarem o estado civil, a renda e o nível de escolaridade ao indeferimento do acesso aos cuidados com a saúde pela população, no que diz respeito à forma do viver e sobreviver. Além disso, fatores associados a desordem e transtornos mentais, sobrecarga emocional e funções sociais, isolamento social e situação conjugal das mulheres também foram encontrados nas literaturas que indicam uma relação com as DCNT como, por exemplo, depressão, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) dentre outras (BIASI *et al.*, 2019; MARCELINO *et al.*, 2022).

A escolaridade foi citada como um importante determinante das condições de saúde e doença, principalmente na velhice (SILVA *et al.*, 2021; MARCELINO *et al.*, 2022). Silva *et al.*, (2021) citam um relevante estudo de Lima-Costa e demais autores brasileiros (2018) sobre a relação proporcional com baixa escolaridade e maior prevalência de HAS e DM, o que denota condições de vida e comportamentos de saúde deficitários.

Com relação a prática de exercícios físicos, para Silva *et al.*, (2021) a prática regular de atividade física representa um importante efeito fisiológico muscular e cardiocirculatório protetor da saúde, da qualidade de vida e redução de fatores de risco das DCNT. Concomitantemente,

Azevedo *et al.*, (2019) diz que a qualidade de vida é essencial na vida do idoso, pois “com a atividade física praticada, a qualidade de vida aumenta, o idoso sente mais energia, mais desejo de fazer as coisas porque a vida lhe parece interessante e ele tem disposição”.

Em nosso estudo, apenas 33,1 % (n=43) dos pesquisados evidenciaram praticar algum tipo de atividade física em uma média de três vezes na semana com um mínimo de 30 min de duração entre os exercícios. Os exercícios mais citados foram: caminhada, dança, alongamentos e pilates que condiz com o estudo publicado na literatura pesquisada (YABUUTI *et al.*, 2019). Para Leão *et al.*, (2019) a prática de hidroginástica, por exemplo, associa-se a prática a efeitos positivos no equilíbrio corporal, na força de membros inferiores, respiratórios, funcional, controle da gordura do corpo, a melhoria da flexibilidade, a manutenção da massa muscular, da densidade óssea, maior circulação do sangue, redução da frequência cardíaca e do colesterol e desempenho ocupacional de idosos (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Os efeitos crônicos dos exercícios sobre a Pressão Arterial de indivíduos hipertensos tem sido objeto de estudo que evidencia uma significativa redução nos primeiros dez dias de exercícios de acordo com prescrição dos profissionais de educação física, e consequentemente, uma redução pressórica ainda mais significativa em repouso e após seis meses sem interrupção em estudos ao longo dos anos (DA SILVA HORTENCIO *et al.*, 2018).

As barreiras à prática de atividade física em pacientes com doença crônica foram analisadas no estudo de Fonseca *et al.* (2021) mais comumente relatadas foram: presença de dor em membros inferiores, cansaço e câimbras e outras comorbidades tais como alterações ósseas, coluna, amputação e ferida; sintomas como dispneia, dor precordial e taquicardia; medo de queda; presença de estresse, nervosismo e problemas pessoais (FONSECA *et al.*, 2021).

No que diz respeito à escolaridade, 45,4 % (n=59) dos idosos entrevistados neste estudo foi observado que a maioria dos participantes não eram alfabetizados, 40,7% (n=53) haviam tido um a quatro anos de escolaridade, enquanto que, 6,2% (n=8) de seis à oito anos de escolaridade e apenas 7,7% (n=10) mais que nove anos de escolaridade. Em concordância com esse dado, o estudo de Scortegagna *et al.*, (2021) na sua publicação sobre “Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família”

mostrou uma associação entre letramento funcional em saúde e escolaridade, com dados de significância ($p < 0,002$) destacado no grupo avaliado com menor a escolaridade, o que levou os autores a concluir os menores os escores do letramento funcional em saúde.

No que se refere ao desenvolvimento do letramento funcional em saúde, as habilidades cognitivas e sociais que o perfil de escolaridade da população obtém está intimamente ligada com a relação ao planejamento e implementação da terapêutica em saúde na vida das pessoas, em especial, idosa. O que se torna de fundamental importância para o desfecho positivo de sucesso do tratamento (SCORTEGAGNA *et al.*, 2021).

Já as questões relacionadas à renda, 82,3% ($n=107$) relataram uma renda de um a três salários mínimos (SM) de acordo com o valor do ano vigente em 2019, no qual o valor do SM era próximo a 1.045,00R\$. Enquanto que, apenas 2,3% ($n=3$) dos entrevistados ganhavam um valor menor que um SM. Em oposição a esses dados, Figueiredo, Figueiredo e Ceccon (2021) evidenciaram que no seu estudo a maioria dos entrevistados possuía uma renda familiar de mil a dois mil reais por mês, mostrando que esse é um dos aspectos exógenos que agravam as consequências da doença.

Visto que, a funcionalidade e o desempenho de um idoso num domínio específico de sua vida é resultado da inter-relação complexa e dinâmica entre suas diversas dimensões sociais, psicológicas, espirituais e econômica. Para Cureau, Duarte e Texeira (2019) no entanto, segundo os autores "a comparabilidade entre esses estudos é complexa e, portanto, deve ser feita com cautela, pois há grande variabilidade nos pontos de corte utilizados para identificar cada fator de risco pesquisado" (CUREAU; DUARTE; TEXEIRA, 2019).

As DCNT podem interferir na renda e na poupança dos indivíduos ou das famílias e impactam a economia e o crescimento econômico do país. Para estimar o impacto econômico das DCNT. Figueiredo, Ceccon e Figueiredo (2021) citam três métodos de avaliação na literatura que enquadram os custos e são eles: os métodos para estimar o custo de uma doença, o crescimento econômico que avaliam o custo de doenças crônicas com foco no seu impacto no capital humano ou na oferta de mão-de-obra; e a renda completa, que agrega o valor dos ganhos em saúde à renda nacional (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2021 *apud* NOBRÉGA; KARNIKOWSKI, 2005).

Em relação a quantidade de medicamentos entre idosos 49,3% (n=64) dos entrevistados utilizavam um a três medicamentos de uso contínuo diariamente, apenas 12,3% (n=16) dos pesquisados foram classificados em uso contínuo de polifarmácia. O elevado número de utilização de medicamentos afeta negativamente a qualidade de vida do idoso, em contrapartida são eles que ajudam a prorrogar a vida. Dessa forma, é o uso inadequado das substâncias que causam em uma relação de causa-efeito potencialmente os riscos para eventos adversos (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Para Fedoce, Sugizaki e Pazini (2020), a polifarmácia em idosos aliada a baixa escolaridade é um importante fator contribuinte para o avanço das DCNT, visto que, à baixa adesão ao tratamento ou uso inadequado dos medicamentos agravam as condições de saúde pré-existent e potencializam o consumo de outros medicamentos. Os mais utilizados pelos idosos do estudo estão em concordância com a literatura foram: os anti-hipertensivos, seguidos dos hipoglicemiantes, antilipêmicos, anti-agregante plaquetário e anti-inflamatórios não esteroidais (CARNEIRO *et al.*, 2018).

Importantes estudos na literatura atual, relacionam a polifarmácia um preditor significativo para desfechos como hospitalizações, hipoglicemia, fraturas, redução de mobilidade, interações medicamentosas, redução da capacidade funcional e múltiplas síndromes geriátricas (CARNEIRO *et al.*, 2018; ROMANO-LIEBER *et al.*, 2019). Em contraposição aos dados é importante considerar às desigualdades regionais na abordagem terapêutica e no acesso aos medicamentos para fundamentação dos demais artigos que se opõe a essas colocações e até mesmo ao próprio conceito de polifarmácia (RAMOS *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017; ROMANO-LIEBER *et al.*, 2019).

Estudos internacionais de longos anos em outros países citados por Romano-Lieber e demais autores (2019) como, a Finlândia demonstrou a polifarmácia associada a mortalidade entre idosos de idade superior a 75 anos e o conceito de polifarmácia com o uso de seis a nove medicamentos e polifarmácia excessiva como dez ou mais medicamentos.

Nos estudos com idosos em países como México, Austrália e Reino Unido a idade variou entre 65 a 99 anos; 65 a 83 anos e >65 anos, respectivamente. Em seguimentos de até oito anos, considerou

polifarmácia como o uso de mais de quatro a cinco medicamentos e verificou sua associação com mortalidade, após ajustes, incluindo comorbidades. Em contrapartida, a investigação em países como o Japão e nos outros oito países europeus citados demonstraram que a polifarmácia deve ser considerada com o uso de dez medicamentos ou mais (ROMANO-LIEBER *et al.*, 2019).

A respeito da autopercepção dos idosos entrevistados quanto ao seu nível de satisfação de vida no estudo 62,3% (n=81) afirmaram estarem "Muito satisfeitos", enquanto que 26,2% (n=34) se auto classificaram como "Satisfeitos". Os outros 9,2 % (n=12) e 2,3% (n=3) se intitularam como "Nem satisfeito e nem insatisfeito" e "Insatisfeito", respectivamente. A avaliação da satisfação envolve diferentes domínios cognitivos e resiliência dos indivíduos as circunstâncias de vida adversas (BANHATO; RIBEIRO; GUEDES, 2018).

Para Ribeiro *et al.*, (2018) a permanência dos idosos no mercado de trabalho após os 65 anos, as faixas etárias mais jovens, a maior escolaridade e a maior renda estão associadas a um maior nível de satisfação da vida, pois além dos diversos fatores intrínsecos que estão relacionadas os fatos, as melhores condições socioeconômicas causadas pelo trabalho remunerado estão evidenciadas na literatura citada apesar de serem controversos. Outras variáveis envolvidas nos fatores sociodemográficos como o conforto domiciliar, e pela saúde física, como ausência de incapacidade e pela manutenção de uma vida ativa e com envolvimento social estão relacionadas com a maior satisfação de vida dos idosos (BANHATO; RIBEIRO; GUEDES, 2018).

No presente estudo, em paralelo ao estudo evidenciado por Banhato *et al.*, (2018), entre as condições sociodemográficas avaliadas a escolaridade foi a única que apresentou correlação estatística relevante. A alta satisfação dos idosos com a vida pessoal estava muito relacionada a vida pessoal de outras pessoas da mesma idade, sendo que os idosos que eram sem escolaridade apresentaram níveis de satisfação maior comparados aos demais grupos de maiores escolaridades.

Para Rodrigues, Duarte, Rezende e Brito (2019) o envelhecimento e sua satisfação de vida também estão correlacionados com a satisfação sexual dos idosos, embora a sociedade contemporânea relacione com estereótipos negativos como tabu a vida sexual na terceira idade. O que converge com esses dados no nosso estudo que apresentou o

“Muito Satisfeito” nos idosos que mencionaram ser casados. Na literatura, os idosos que possuíam um cônjuge vivenciavam a sexualidade de forma mais abrasiva, e, portanto, eram mais ativos e satisfeitos. Essa interação com o parceiro e/ou parceira, fortaleciam os afetos de carinho, apego, comunicação, companheirismo e do cuidado mútuo entre os idosos, e conseqüentemente, a satisfação as adversidades da vida a qual todos os humanos estão susceptíveis (BANHATO; RIBEIRO; GUEDES, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2019).

Sabendo-se que o perfil clínico da população de estudo corresponde a idosos, em sua maioria, independentes e com domínios mentais e físicos preservados podendo-se supor que, para população mais velha com funcionalidade preservada, a saúde mental pode ter maior relevância como fator explicativo da alta satisfação com a vida (MARCELINO *et al.*, 2022; BANHATO; RIBEIRO; GUEDES, 2018; RODRIGUES; DUARTE; REZENDE; BRITO, 2019).

As limitações desse estudo, podem ser fundamentadas em dificuldade de localização dos idosos selecionados, conforme o procedimento amostral, que foi inviabilizada devido à pandemia por COVID-19. Contudo, esta pesquisa pode contribuir com políticas voltadas para a saúde do idoso, fundamentando a prática da enfermagem nos espaços em saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As influências sociodemográficas e autorreferimento de condições de saúde em idosos para multimorbidade foi encontrada em um município de pequeno porte da Região Nordeste do país. Trata-se, portanto, de uma questão de interesse econômico e social, visto que, as complicações causadas pelas DCNT causam impactos significativos no sistema de saúde social e econômico do país.

O estudo colabora com os profissionais de saúde, governantes e população em geral ao entender a autopercepção dos idosos com suas questões relativas ao processo de saúde e doença e, conseqüentemente, com o envelhecimento. Permitir ampliar o conhecimento dos indicadores demográficos e a complexidade biopsicossocial do indivíduo possibilitam uma discussão baseada em evidências, leal, justa e respeitosa para o planejamento de ações e cuidados individualizados a essa população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Natália Araujo de *et al.* Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 138-148, 2017.

BANHATO, Eliane F. C.; RIBEIRO, Pricila Cristina C.; GUEDES, Danielle V. Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 17, n. 2, p. 16-24, 2018.

BIASI, Luísa Victória *et al.* Multimorbidades em idosas de um centro de referência e atenção ao idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 16, n. 1, p. 85-89, 2019.

BRASIL. **VIGITEL BRASIL 2020**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2020. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CUREAU, Felipe Vogt; DUARTE, Paola Marques; TEIXEIRA, Fernanda de Souza. Simultaneidade de comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis em universitários de baixa renda de uma cidade do Sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 316-324, 2019.

DE MACÊDO, Fernanda Pereira *et al.* Complicações diabéticas autorreferidas por pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde em ARAPIRACA-AL. **Revista Eletrônica Extensão em Debate**, v. 7, n. 6, p. 10-13, 2020.

DUNCAN, Bruce Bertholo *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

FEDOCE, Aline Garcia; SUGIZAKI, Mario Mateus; PAZINI, Francine. Análise do perfil medicamentoso de idosos polimedicados no município de Sinop-MT. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5863-e5863, 2021.

FERNANDES, Maria Das Graças Melo *et al.* Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 13-20, 2009.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 77-88, 2021.

JENKINSON, Paul M.; TAYLOR, Lauren; LAWS, Keith R. Self-reported interoceptive deficits in eating disorders: A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 110, p. 38-45, 2018.

KWOK, Chun Shing *et al.* Self-reported sleep duration and quality and cardiovascular disease and mortality: a dose-response meta-analysis. **Journal of the American Heart Association**, v. 7, n. 15, p. e008552, 2018.

LIMA-COSTA, M. Fernanda *et al.* The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. **American journal of epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1345-1353, 2018.

LEÃO, Luciano Amado *et al.* Benefícios das atividades aquáticas para idosos. **Revista de atenção à saúde**, v. 17, n. 61, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MARCELINO, Evanilza Maria *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e condições de saúde em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022.

MOREIRA, Alexandra Dias *et al.* Saúde cardiovascular e validação do escore autorreferido no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 4259-4268, 2020.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do *et al.* Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de saude publica**, v. 51, 2017.

NASCIMENTO DA SILVA, Karine *et al.* Morbidades autorreferidas por usuários de espaços comunitários de atividade física. **Avances en Enfermería**, v. 38, n. 2, p. 182-190, 2020.

PERILLO, Rosângela Durso *et al.* Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 961-974, 2021.

RIBEIRO, Pricila Cristina Correa *et al.* Permanência no mercado de trabalho e satisfação com a vida na velhice. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2683-2692, 2018.

ROCHA, Laís Alves; DE JESUS, Sandra Rêgo. Fatores associados à presença simultânea de hipertensão e diabetes em idosos nordestinos: estudo de base populacional. **Revista Saúde. com**, v. 18, n. 1, 2022.

RODRIGUES, C. F. do C. *et al.* Atividade sexual, satisfação e qualidade de vida em pessoas idosas. **Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, Goiás, Brasil**, v. 21, 2019.

SIEGEL, Sidney; CASTELLAN JR, N. John. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. Artmed Editora, 2006.

SILVA, Diego Salvador Muniz da *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, 2021.

SILVEIRA, Erika Aparecida; VIEIRA, Liana Lima; SOUZA, Jacqueline Danesio de. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 903-912, 2018.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos *et al.* Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3305-3313, 2019.

TEIXEIRA, Iranice Tais *et al.* Lipid consumption and its contribution in metabolic disorders in older and elderly women of Serra Gaucha, south of Brazil/Consumo de lipídeos e sua contribuição nos distúrbios metabólicos em mulheres adultas e idosas da Serra Gaúcha, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, n. 78, p. 299-308, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2021: a visual summary**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary>. Acesso em: 20 mai. 2022.

QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO TERAPÊUTICA DE MULHERES IDOSAS COM 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;

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
cleane_rosas@hotmail.com;

TATIANA FERREIRA DA COSTA

Doutora do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE,
tatxianaferreira@hotmail.com;

KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACEDO COSTA

Doutora do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará - UFC,
katianeyla@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivo: correlacionar a qualidade de vida e a adesão terapêutica 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, os questionários European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "core" 30 e Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer 23 e a Escala *Adherence Determinants Questionnaire Versão Brasileira*. Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial 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:** A avaliação das mulheres idosas em tratamento para o câncer de mama mostrou a presença de impactos negativos na qualidade de vida, evidenciados na Escala de Sintomas, em que houve destaques para dificuldade financeira, insônia, fadiga, desejo sexual, sintomas da mama e efeitos colaterais. Na correlação entre os domínios da escala de adesão terapêutica e as escalas do questionário de qualidade de vida geral, houve correlação entre a Escala Funcional e Intenções; e com o módulo específico, a Escala Funcional correlacionou-se significativamente com Apoio/severidade percebida. **Conclusão:** a qualidade de vida influencia a adesão à terapia oncológica.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama, Qualidade de Vida, Cooperação e Adesão ao Tratamento, Saúde do Idoso, Enfermagem Oncológica.

INTRODUÇÃO

No cenário atual, o câncer representa um grande problema de saúde pública que pode ocorrer sem distinção de sexo, idade, raça, nível socioeconômico ou educacional. Trata-se de uma das principais causas de mortalidade no mundo, sobretudo em países em desenvolvimento (PÉREZ; TEJADA; HERRERA, 2019).

Entre os tipos de câncer na população feminina brasileira, o câncer de mama é o mais frequente, com exceção dos tumores de pele não melanoma (INCA, 2021). Segundo os dados estatísticos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa da incidência de câncer de mama para o ano de 2022 é de 66.280 novos casos, o que representa uma taxa bruta de 61,91%. No estado da Paraíba, esta compreende 52,93%, com 46,17 casos novos a cada 100 mil habitantes (INCA, 2021).

Existem diferentes tipos de tratamento para o câncer de mama e as modalidades são prescritas de acordo com o estadiamento do tumor e a situação clínica de cada paciente, podendo ser associadas a depender do esquema terapêutico. Tais modalidades envolvem terapia locorregional – cirurgia e radioterapia – e sistêmica – quimioterapia e hormonioterapia (PEREIRA *et al.*, 2019). A intervenção cirúrgica é geralmente associada a outras terapias e reduz o risco de recidiva local, metástases à distância e prolonga a sobrevida, melhorando o prognóstico (MARTINS *et al.*, 2017).

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama provocam um significativo impacto na vida das mulheres e de seus familiares. Após a confirmação da malignidade do tumor, as pacientes experimentam sentimentos relacionados a estigmas, medo de recidivas, ausência de apoio social, insegurança em relação às atividades laborais, domésticas e questão financeira, alterações emocionais e de humor, entre outros (NASCIMENTO; SOUSA; ALENCAR, 2020).

A mutilação da mastectomia pode acarretar perda da percepção de feminilidade, maternidade e afetar negativamente a sexualidade dessas mulheres. O processo terapêutico sistêmico da quimioterapia também traz inúmeros efeitos adversos devido a sua citotoxicidade e, assim, sintomas gastrointestinais, fadiga, dor, insônia, alterações funcionais e de autoimagem são esperados e repercutem na qualidade de vida (QV) (NASCIMENTO; SOUSA; ALENCAR, 2020; BUSHATSKY *et al.*,

2017). A radioterapia, por sua vez, pode causar radiodermite, que compromete a capacidade funcional e a QV das pacientes, haja vista que traz alterações na imagem corporal, risco de infecções, afastamento social, perda de autoestima e dor (ROCHA *et al.*, 2018).

Em síntese, as mulheres experimentam desconfortos físicos, psíquicos, emocionais, espirituais, econômicos e sociais que interferem diretamente na qualidade de vida (CESAR *et al.*, 2017). A QV é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro de seu contexto cultural e sistema de valores e envolve relações sociais, saúde física, psicológica e independência (THE WHOQOL GROUP, 1995). O termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é utilizado em situações de enfermidades e intervenções de saúde.

Deste modo, frequentemente os pacientes com câncer de mama têm um declínio da QVRS durante ou até mesmo após o tratamento oncológico, e isto pode interferir diretamente na adesão e manutenção da terapêutica (SILVA *et al.*, 2018), visto que a percepção sobre a doença e sobre a QV leva o paciente a definir a sua busca pelo cuidado (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2017). A falta de adesão à terapia geralmente resulta em altas taxas de óbito, recidivas e falhas no tratamento, agravando a condição clínica e piorando o prognóstico do paciente.

A adesão ao tratamento pode ser definida como o seguimento rigoroso das recomendações e orientações de um profissional de saúde, abrangendo orientações acerca de mudanças no estilo de vida, uso adequado de medicamentos e medidas de prevenção (LIMA; MACHADO; IRIGARAY, 2018).

A relação entre a QV e a adesão ainda é pouco investigada em estudos nacionais e internacionais envolvendo pacientes oncológicos. Apesar disto, as pesquisas que se dedicaram a avaliar esta relação, verificaram que a QV influencia a adesão terapêutica (ÁLVIZ *et al.*, 2016; JACOBS *et al.*, 2017). Assim sendo, a avaliação da QV pode contribuir positivamente na tomada de decisões acerca do tratamento prescrito, pois permite mapear as repostas do paciente e a necessidade de adaptações e modificações (BRAGA *et al.*, 2019).

Diante desse contexto, compreender a percepção do paciente com câncer de mama sobre a sua QV se torna relevante, pois fornece subsídios que norteiam as intervenções dos profissionais de enfermagem, possibilitando ajustes necessários na assistência em saúde. Além

disso, contribui diretamente com a promoção e manutenção da adesão à terapia, favorecendo melhores desfechos clínicos. Bushastky e colaboradores (2018) ainda ressaltam a relevância de avaliar a adesão terapêutica para além da questão biomédica e medicamentosa, objetivando identificar os fatores que a influenciam negativamente.

Desta forma, o objetivo da presente pesquisa foi correlacionar a qualidade de vida e a adesão terapêutica de mulheres idosas em tratamento de câncer de mama.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. O mesmo foi realizado em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), o qual é referência para o tratamento oncológico no Estado da Paraíba e se localiza no município de João Pessoa. O referido hospital atende mais de 90% da população por meio do Sistema único de Saúde (SUS) e por convênios de planos de saúde particulares.

A população da pesquisa foi composta por mulheres idosas com diagnóstico de câncer de mama que estavam realizando tratamento nas modalidades de quimioterapia ou radioterapia neste CACON. A amostra caracterizou-se por ser não probabilística por conveniência perfazendo o total de 57 participantes.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão do estudo: idade maior ou igual a 18 anos, possuir diagnóstico de câncer de mama e estar em tratamento de quimioterapia, por no mínimo de 4 sessões, ou radioterapia, por no mínimo de 20 sessões, visto que ambos quantitativos totalizam o período mínimo de 1 mês.

Por sua vez, os critérios de exclusão foram: estar em tratamento paliativo, 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 os meses de junho a novembro de 2019, por meio de entrevistas individuais, sendo os participantes abordados individualmente na sala de espera para a realização da

sessão de quimioterapia ou radioterapia, bem como nas salas de aplicação da quimioterapia.

Para a fase da coleta de dados, foi utilizado um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil socio-demográfico e clínico das participantes, 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 o módulo complementar específico para o câncer de mama, *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer 23* (EORTC QLQ-BR23), ambos validados para a população brasileira (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013), e a Escala *Adherence Determinants Questionnaire Versão Brasileira* (ADQ-VB).

O EORTC QLQ C-30 é um questionário geral composto por 30 questões com respostas tipo *Likert* e o mesmo se divide em três escalas: Escala Funcional – EF, subdividido nos domínios função física, desempenho de papéis, função emocional, cognitiva e social; Escala de Sintomas – ES (fadiga, náuseas e vômitos, dispneia/falta de ar, insônia, perda do apetite, constipação, diarreia e dificuldade financeira); e Escala de Saúde Global – ESG. Os escores variam de 0 a 100 e são calculados para cada escala separadamente, sendo que para a ESG e EF, quanto mais próximo de 100, melhor a QVRS, entretanto para a ES, quanto mais próximo de 100, pior a QVRS (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

O módulo EORTC QLQ BR-23, específico para câncer de mama, contém 23 questões e é composto por duas escalas: Escala Funcional, distribuída em 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 dos escores são semelhantes ao questionário geral, EORTC QLQ C-30 (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

A adesão ao tratamento foi avaliada pela Escala *Adherence Determinants Questionnaire Versão Brasileira* (ADQ-VB) validada para o Brasil por Lessa e colaboradores (2015). A referida escala compõe-se de cinco domínios: Aspectos interpessoais do cuidado, que retrata a relação entre paciente e profissional de saúde; Susceptibilidade percebida, que versa sobre a percepção que o cliente possui sobre a sua

vulnerabilidade diante do câncer, bem como a relação custo-benefício da adesão; Normas subjetivas, que se refere ao apoio da rede pessoal e familiar à adesão ao tratamento; Intenções, que aborda a intenção, a vontade e o desejo em aderir; e Apoio/Severidade percebida, que diz respeito à percepção sobre a severidade do câncer e a necessidade de apoio das redes sociais (LESSA *et al.*, 2015).

A escala contém 38 itens distribuídos em domínios nos quais as respostas variam de 1 a 5 (concordo plenamente, concordo, nem concordo e nem discordo, discordo e discordo totalmente). Para fins de cálculo de escores, os pontos de cada domínio são transformados em uma pontuação de 0 a 20, totalizando o máximo de 100, sendo considerado de 0 a 40, baixa adesão, 41 a 70, média adesão e acima de 71, alta adesão (LESSA *et al.*, 2015).

Após coletados, os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no *Microsoft 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 e inferencial. Foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para a verificação da normalidade das variáveis numéricas. A correlação entre as escalas foi realizada por meio do Coeficiente Correlação de Spearman. Em todas as análises foi estabelecido um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo foi desenvolvida em consonância com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto da pesquisa 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 com familiar (93,0%).

Em relação aos dados sobre o câncer de mama, foi observada uma maior prevalência de idosas com tempo de diagnóstico entre um e dois anos (54,4%), que realizavam tratamento de radioterapia com

frequência de uma vez por dia (52,6% para ambos) e apresentavam uma a duas comorbidades (54,4%), com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (42,1%) e o Diabetes Mellitus (DM) (40,4%).

No que concerne ao tempo de diagnóstico, vale ressaltar que, quanto menor o período entre este e o início da terapia contra o câncer, maior será eficácia terapêutica, favorecendo um bom prognóstico, maior sobrevida e conseqüentemente melhor qualidade de vida ao longo dos anos (GARCIA *et al.*, 2017).

Autores destacam a relevância do início precoce do tratamento, tendo em vista a possibilidade de redução significativa da morbimortalidade pela doença, no entanto, o que se percebe no cenário atual de saúde é que ainda há, em média, um atraso de cerca de dois meses entre a confirmação da neoplasia mamária e o início da terapia, gerando um elevado percentual de mulheres que iniciam-no em estágios mais avançados (SOUSA *et al.*, 2019). Evidencia-se que no Brasil existe a Lei nº 12.732/2012 que estabelece que o início do tratamento deve ocorrer no limite máximo de 60 dias após o diagnóstico pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A modalidade de tratamento oncológico predominante entre os pacientes da amostra estudada foi a radioterapia, que geralmente ocorre com frequência de uma sessão por dia. De acordo com Sawada e colaboradores (2017), o tipo de tratamento varia conforme as características do tumor, como localização e estadiamento, além das condições clínicas de cada paciente; ademais, os mais comumente indicados são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia.

A radioterapia é local e pouco invasiva, entretanto, causa efeitos adversos recorrentes como radiodermite, prurido, escurecimento da pele, descamação, dor, desconforto axilar, ardor, lesões cutâneas e fadiga. Estes sintomas podem interferir na saúde e bem-estar das mulheres, pois geralmente afetam o condicionamento físico e funcional, além de trazer alterações de cunho emocional e psicossocial que influenciam negativamente a qualidade de vida (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

A radioterapia vem desempenhando um importante papel no controle de câncer de mama, sobretudo nos casos de mulheres que se submetem à mastectomia conservadora, visto que reduz significativamente a possibilidade de recidiva local (SIQUEIRA *et al.*, 2021). Ressalta-se que nos casos de mastectomia radical, quando há fatores

de mau prognóstico local, como tumor maior que 4 cm, invasão do tecido adiposo, invasão de bainhas nervosas e vasculares, manifestações epidérmicas pré-operatórias e axila comprometida, a terapêutica com emissão de radiação também é adequada (SILVA; MARINHO; IMBIRIBA, 2021).

No que concerne às comorbidades das mulheres deste estudo, evidenciou-se a presença de HAS e DM, corroborando com o perfil da população idosa brasileira em que ambas doenças crônicas são as mais prevalentes. Um estudo do tipo caso controle retrospectivo realizado com 140 participantes no Peru evidenciou que a HAS e o DM foram fatores de risco estatisticamente significativos para o câncer de mama (CASTILLO-OTINIANO; YAN-QUIROZ, 2018).

Na avaliação da qualidade de vida geral, foi observado que as idosas apresentaram boas médias na Escala de Saúde Global (63,9±25,4) e na Escala Funcional, esta última com destaque para a Função social (61,8±20,8). Já menores médias foram observadas na Escala de Sintomas (35,5±14,8), evidenciando a dificuldade financeira (87,5±27,8), a Insônia (63,0±40,1) e a Fadiga (52,1± 26,0), as quais contribuíram para uma pior QV (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

Qualidade de vida	Média	Desvio-padrão
Diarreia	4,9	17,9
Dificuldade financeira	87,5	27,8

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

As mulheres idosas desta pesquisa apresentaram uma boa qualidade de vida no tocante a ESG e à EF. Este achado corrobora com uma pesquisa realizada em Uberlândia-MG que demonstrou também valores satisfatórios de QV (CAMPOS *et al.*, 2020). Em contrapartida, vai de encontro a outro estudo que mostraram que a QV de pacientes que realizavam radioterapia apresentou alterações (SAWADA *et al.*, 2017).

A qualidade de vida caracteriza-se como um conceito multidimensional que abrange a percepção individual de saúde, a presença de sintomas e a condição funcional do indivíduo (LIGT *et al.*, 2019). Fireman e colaboradores (2018) afirmam que a percepção da QV transcende a condição de saúde, está diretamente relacionada à subjetividade e sofre influencia de diversos fatores. Ademais, é amplamente descrito na literatura que os aspectos psicossomáticos interferem fortemente sobre a QV de mulheres com câncer de mama (GREFF *et al.*, 2021).

Na EF, as participantes dessa pesquisa apresentaram melhor Função Social, o que pode ser reflexo da modalidade de tratamento predominante, uma vez que esta é realizada diariamente, permitindo o contato e estabelecimento de vínculos com outras pessoas em situações semelhantes; além disso, a boa funcionalidade apresentada na amostra permite a continuidade de atividades sociais.

A rede de apoio social torna-se relevante ao passo que contribui no enfrentamento de problemas cotidianos e no incentivo à busca por cuidados de saúde (BRUSTOLIN; FERRETTI, 2017). Na paciente com câncer de mama, este apoio é fundamental e se materializa com o auxílio em atividades domésticas, cuidados com os filhos, acompanhamento em exames e procedimentos, apoio emocional, bem como financeiro. Este último geralmente provindo da reorganização familiar que possibilita o fornecimento do suporte necessário (TESTON *et al.*, 2018). Desse modo, o apoio social exerce um efeito direto sobre a adesão e a persistência do tratamento (MOON *et al.*, 2017).

No que diz respeito à ES, verificou-se que as idosas sofrem maior impacto negativo proveniente da dificuldade financeira, da insônia e

da fadiga, corroborando com o estudo de Bushatsky e colaboradores (2017). A dificuldade financeira é uma queixa frequente das pessoas em tratamento para o câncer, devido aos altos custos e aumento de despesas com transporte para consultas, sessões de terapia, exames, alimentação durante o período fora de casa, bem como pela busca por serviços de saúde particulares em razão dos impasses e ausência de celeridade no SUS. Em muitos casos, a insuficiência financeira pode ocasionar descontentamento e falta de adesão ao tratamento, gerando uma piora no quadro clínico e busca por unidades de urgência e emergência (LEITE *et al.*, 2021).

A qualidade do sono em pacientes com câncer tem sido amplamente investigada em estudos (SILVA *et al.*, 2019; NUNES; CEOLIM, 2019). Autores apontam que o surgimento de uma doença agressiva e de difícil prognóstico como a neoplasia maligna pode trazer consequências associadas à desordem emocional e psíquica, gerando prejuízos no sono (NUNES; CEOLIM, 2019). Em pesquisa realizada em um município de São Paulo, 75% das mulheres com câncer de mama sofrem com insônia (NUNES; CEOLIM, 2019).

O estudo realizado por Silva e colaboradores (2019) observou que a insônia esteve associada à fadiga e a variáveis como idade, escolaridade, situação empregatícia, estado civil, atividade física, presença de comorbidades, uso de medicações, menopausa, tipo de esquema quimioterápico, modalidade e duração da quimioterapia, além do tipo de cirurgia. Ainda segundo os autores, as mulheres relataram o calor noturno como principal fator contribuinte para a insônia (SILVA *et al.*, 2019).

A fadiga é um dos sintomas mais comuns e debilitantes vivenciados por pacientes com câncer e é responsável por um grande comprometimento da QV. Trata-se de um problema clínico de difícil manejo, uma vez que seu processo fisiopatológico não é inteiramente conhecido. Contudo, existem indícios de que a radioterapia ocasiona o hipermetabolismo tumoral que produz um alto gasto energético (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Em estudo realizado por Campos e colaboradores (2020), 38% das pacientes com câncer de mama relataram estar “moderadamente cansadas” quando avaliadas pelo Pictograma de Fadiga; e 44% estava com “fadiga intensa”, mediante avaliação com a Escala de Piper. Além

disso, esses autores verificaram correlação entre a fadiga e a QVRS indicando que quanto mais intensa a fadiga, pior a QV, a função social, a dor e maior o comprometimento funcional e emocional (CAMPOS *et al.*, 2020).

Visando minimizar os efeitos deletérios da fadiga, a prática de exercícios físicos tem sido vastamente recomendada (SILVA *et al.*, 2019). Ressalta-se que a prática de atividade física não está ligada apenas a esportes, mas à prática regular de exercícios físicos cotidianos, contribuindo também para redução da ansiedade, depressão e melhores condições de saúde para pacientes em tratamento oncológico (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Acerca da qualidade de vida específica avaliada por meio do EORTC QLQ BR-23, a Escala Funcional apresentou maior média (75,8±15,9), com destaque positivo para a Imagem corporal (78,4±24,7) e negativo para o Desejo sexual (2,3±8,6). Já na Escala de Sintomas, predominaram os Sintomas da mama (65,1±30,5) e os Efeitos colaterais (60,8±18,0) (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
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.

O achado relacionado à imagem corporal discorda da literatura sobre os impactos gerados na autoimagem das mulheres em tratamento para o câncer de mama. Independentemente da modalidade terapêutica, a exemplo da quimioterapia e/ou radioterapia, sabe-se que ambas promovem efeitos indesejáveis que são indicativos físicos

da doença, como por exemplo, a alopecia, ganho ou perda de peso, deformidades nas mamas, linfedema nos membros, entre outros que repercutem na imagem corporal (OLIVEIRA; SANTANA E SILVA; PRAZERES, 2017).

Em muitos casos, as mulheres lançam mão de estratégias que minimizam esses efeitos, como o uso de turbantes e lenços, uso da crioterapia para evitar queda de cabelo, cirurgia de reconstrução mamária ou mesmo próteses e outros artefatos, o que pode explicar o resultado encontrado nesta pesquisa. Além disso, vale lembrar que a radioterapia, tratamento predominante nesta amostra, é menos agressiva quando comparada à quimioterapia.

A sexualidade das mulheres com câncer de mama é comumente afetada, sobretudo durante o tratamento. As mudanças são frequentes e geralmente incluem prejuízos na vida sexual e afetiva devido às deformidades após a mastectomia e à alopecia, principalmente. Além disso, existem os efeitos colaterais que, de modo geral, podem ocasionar alterações estéticas e impactos negativos relacionados à atração e ao desejo sexual, interferindo diretamente na auto estima e bem-estar (CORDEIRO; NOGUEIRA; GRADIM, 2018).

As deformações físicas e estéticas da mastectomia, por exemplo, repercutem na identidade feminina e na autoestima. Como as mamas são consideradas uma parte relevante na esfera sexual, a sua mutilação, seja total ou parcial, pode interferir no desempenho e no desejo sexual. Vale ressaltar que o ato sexual transcende a questão meramente reprodutiva, tendo também como objetivo o prazer; e desta forma, qualquer alteração em suas fases pode ser considerada disfunção sexual (SALGADO *et al.*, 2021).

Os sintomas na mama e os efeitos colaterais foram os domínios que contribuíram para a pior QVRS na ES da amostra estudada. No estudo de Bushatsky e colaboradores (2017), os piores resultados encontrados foram em relação à preocupação com a queda de cabelo e efeitos colaterais. Já em estudo internacional os sintomas da mama foram predominantes na ES (IMRAN *et al.*, 2019).

As mamas são frequentemente afetadas com os sintomas da doença, bem como do tratamento, que são caracterizados por comichão, prurido, ardor, vermelhidão, edema, dor e outros. Dentre estes, a dor é a mais mencionada pelas pacientes e também a mais debilitante.

No estudo de Balsanelli e Grossi (2016), a dor esteve presente em mais de 50% da amostra avaliada e esses estudiosos apontam a algia como um sintoma limitante, uma vez que traz transtornos físicos e emocionais (BALSANELLI; GROSSI, 2016).

Quanto aos efeitos colaterais, uma recente revisão de literatura sobre a QVRS de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico identificou que 75% dos estudos apontaram como efeitos o surgimento de complicações somáticas, como lesão cardíaca, pulmonar, complicações no ombro e no braço, alterações mamárias, comprometimento da sexualidade, autoimagem e feminilidade, dor, sintomas gastrointestinais, ansiedade, sintomas depressivos e distúrbio do sono, fadiga, além de prejuízos na função emocional, função física e na QV geral (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Conforme Bushatsky e colaboradores (2017), a cirurgia e a quimioterapia são os principais fatores responsáveis pela deterioração física no desempenho de atividades, como também pela limitação funcional e declínio da autoimagem em relação à qualidade de vida durante e até mesmo após o tratamento.

A quimioterapia, por sua vez, é um método bastante eficaz e tem apresentado resultados satisfatórios no câncer de mama, no entanto, por se tratar de uma terapêutica sistêmica com a aplicação de anti-neoplásicos citotóxicos, esta causa inúmeros efeitos colaterais como diarreia, desconforto abdominal, náuseas, vômitos, alteração no peso e infecções, mal-estar geral, entre outros que interferem no cotidiano do indivíduo causando um impacto na sua qualidade de vida (KAMEO *et al.*, 2021).

No que concerne à adesão terapêutica avaliada mediante a escala ADQ-VB, todas as participantes apresentaram uma adesão média ao tratamento (100,0%), com valor médio de 62,4 ($\pm 3,5$), em que o domínio que apresentou média discretamente maior foi o Apoio/Severidade percebida (Tabela 3).

Tabela 3 – Domínios da adesão ao tratamento em mulheres idosas com câncer de mama. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=57)

Adesão terapêutica	Média	Desvio-padrão
Apoio/Severidade percebida	13,9	1,6
Aspectos interpessoais do cuidado	12,6	0,9

Adesão terapêutica	Média	Desvio-padrão
Intenções	12,4	1,2
Normas subjetivas	11,9	0,4
Susceptibilidade percebida	11,6	1,9
Total	62,4	3,5

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A média adesão encontrada nesse estudo implica em uma reflexão acerca dos impasses e dificuldades gerais enfrentados pelas mulheres idosas com câncer de mama e as necessidades de investir em intervenções e políticas públicas de saúde que evidenciem a necessidade, bem como os benefícios e as vantagens de se aderir e seguir a terapêutica prescrita.

Segundo Yee e colaboradores (2017), a adesão terapêutica é descrita como a capacidade de seguir a terapia conforme as prescrições dos profissionais de saúde dentro de um prazo previamente acordado. Em pacientes com câncer, geralmente o declínio na adesão está associado ao sofrimento com os efeitos adversos da terapia, seu tipo e seu esquema de aplicação (BUSHATSKY *et al.*, 2018), o que pode levar ao aumento de casos de recidiva, assim como, elevadas taxas de mortalidade pela doença. Portanto, elucidações sobre os efeitos colaterais e outros fatores importantes que podem comprometer a adesão são essenciais para a continuidade do tratamento (BUSHATSKY *et al.*, 2018).

Em relação aos domínios da escala ADQ-VB, verificou-se neste estudo que as idosas com câncer de mama obtiveram maiores médias no Apoio/Severidade percebida, indicando maiores dificuldades e mais barreiras de adesão neste domínio. Isto demonstra que as mulheres percebem o câncer de mama como uma doença agressiva e severa e, desta forma, necessitam de apoio por parte da sua rede social para enfrentá-la.

A severidade da neoplasia mamária observada pelas participantes pode ser resultado do vasto impacto que a doença causa na vida destas. Desde a confirmação do tumor maligno, a mulher precisa lidar com sentimentos de medo, tristeza, desesperança, estresse, dúvidas e incertezas quanto ao futuro, quanto aos papéis desempenhados, como mãe e esposa, preocupações financeiras e laborais, entre outros

sentimentos negativos. No mais, a necessidade de um tratamento, na maioria das vezes, agressivo, põe-nas em uma situação de desgaste físico e funcional. Ademais, evidencia-se a necessidade de apoio por parte da rede social, que muitas vezes, restringe-se à família (SALGADO *et al.*, 2021).

Na correlação entre os domínios da adesão ao tratamento e a qualidade de vida de mulheres idosas com câncer de mama, foi observada correlação significativa ($p \leq 0,05$) entre o domínio Intenções e a Escala Funcional ($p = 0,049$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlação entre os domínios da adesão ao tratamento e a qualidade de vida de mulheres idosas com câncer de mama. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=57).

Adesão	Escala de Saúde Global		Escala Funcional		Escala de Sintomas	
	r	p*	r	p*	r	p*
Aspectos interpessoais do cuidado	-0,048	0,575	-0,119	0,166	-0,051	0,555
Susceptibilidade percebida	-0,058	0,504	-0,073	0,402	-0,007	0,938
Normas subjetivas	-0,119	0,168	0,064	0,462	0,056	0,515
Intenções	0,259	0,136	0,151	0,049	0,129	0,136
Apoio	0,236	0,142	0,098	0,255	0,038	0,663
Total	0,037	0,667	0,031	0,718	0,049	0,574

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A correlação entre a Adesão ao tratamento e o Módulo específico para o câncer de mama exibiu significância estatística negativa ($p \leq 0,05$) entre o domínio Susceptibilidade percebida ($p = 0,033$) a Escala Funcional (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre o módulo de qualidade de vida específico para o câncer de mama e os domínios da adesão ao tratamento João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=57).

Adesão	Escala Funcional		Escala de Sintomas	
	r	p*	r	p*
Aspectos interpessoais do cuidado	-0,040	0,766	-0,047	0,728
Susceptibilidade percebida	-0,240	0,033	0,013	0,925
Normas subjetivas	0,271	0,062	-0,080	0,552
Intenções	0,047	0,729	0,049	0,718

Adesão	Escala Funcional		Escala de Sintomas	
	r	p*	r	p*
Apoio	0,082	0,542	-0,194	0,149
Total	-0,054	0,689	-0,089	0,510

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A correlação entre os domínios da escala ADQ-VB e as escalas dos questionários de QVRS indicam que quanto maior a QV funcional, maior a intenção em aderir ao tratamento e menos susceptível ao câncer de mama as mulheres da presente amostra se percebem, acreditam na possibilidade de cura e avaliam de forma positiva a relação custo-benefício do tratamento.

De modo geral, sabe-se que a condição funcional do paciente com câncer pode ser afetada pela agressividade dos efeitos adversos à terapia (GARCIA *et al.*, 2017; LIGT *et al.*, 2019). Outrossim, a redução da funcionalidade pode estar relacionada à presença de comorbidades crônicas, como o diabetes mellitus, que impõe limitações em relação à atividades diárias, influencia de forma negativa nas suas emoções, imagem corporal e segurança, que geralmente ocasiona dependência, perda de autonomia e piora na QV (FRAZÃO *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a presença de limitações funcionais e de uma carga de efeitos adversos pode culminar em desmotivação para aderir e manter a terapia ao promover uma sensação de ineficácia. Da mesma forma, caso o paciente mantenha uma boa percepção da funcionalidade, a tendência é que o mesmo continue a terapia.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, evidenciou-se que os participantes com maior percepção da severidade dos sintomas durante a quimioterapia apresentaram menor adesão (JACOBS *et al.*, 2019). Destaca-se que esta sensação de maior susceptibilidade pode gerar a negação da doença, comprometendo a adesão ao tratamento (TESTON *et al.*, 2018).

Diante do exposto, percebe-se que a QVRS esteve relacionada à algumas dimensões da escala de adesão terapêutica em pacientes idosas com câncer de mama. A partir destes dados, reconhece-se a necessidade de identificar e avaliar a QVRS e os aspectos que a influenciam, com vistas à elaboração de um plano de cuidados individual e direcionado às necessidades específicas de cada mulher, contribuindo diretamente para a adesão e manutenção da terapia (SILVA *et al.*, 2018).

Enfatiza-se, nesse contexto, a atuação de uma equipe multiprofissional, em que se ressalta a assistência do enfermeiro em seus diversos papéis e atividades, uma vez que este profissional detém maior proximidade com o paciente, bem como sua família, estabelecendo o vínculo necessário à prestação desse cuidado.

A atuação do enfermeiro em oncologia vai além do cuidado técnico, englobando um atendimento integral que atenda a todas as necessidades dos pacientes. São estes profissionais que fornecem orientação e demais cuidados durante o tratamento quimioterápico e radioterápico, discorrendo sobre seus efeitos adversos, esclarecendo dúvidas e ensinando quanto às práticas de autocuidado entre outras atividades relevantes que contribuem para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes (SILVA; MARINHO; IMBIRIBA, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação das mulheres idosas em tratamento para o câncer de mama com os questionários da EORTC mostrou a presença de impactos negativos na qualidade de vida, evidenciados, sobretudo, na Escala de Sintomas, em que houve destaques para dificuldade

financeira, insônia, fadiga, desejo sexual, sintomas da mama e efeitos colaterais. Na correlação entre os domínios da escala de adesão terapêutica e as escalas do questionário de qualidade de vida geral, houve correlação entre a Escala Funcional e Intenções; e com o módulo específico, a Escala Funcional correlacionou-se significativamente com Apoio/severidade percebida.

Os resultados desta pesquisa são relevantes à medida que fornecem subsídios para a elaboração de planos de cuidados de enfermagem específicos às necessidades desta clientela, especialmente direcionados à promoção e manutenção da qualidade de vida durante o tratamento para o câncer de mama, favorecendo diretamente a adesão terapêutica e assim, contribuindo com a redução das taxas de morbimortalidade pela doença no cenário atual de saúde.

É importante a realização de outros estudos para avaliação da QVRS e seu impacto na adesão terapêutica em pacientes com câncer de mama. Sugere-se também que pesquisas abrangendo métodos longitudinais sejam realizadas com o intuito de acompanhar uma amostra

durante um maior de tempo de duração, com objetivo de evidenciar o impacto e as vantagens da adesão à terapia no tempo de sobrevivência e prognóstico, na qualidade de vida e nas condições de saúde em geral de pessoas com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ÁLVIZ, Antistio *et al.* Adherence, treatment satisfaction and quality of life in patients with breast cancer at the Hospital Universitario del Caribe. (Cartagena, Colombia). **Pharm Care Esp.**, v.18, n.6, p.251-264, 2016. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/355/270>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A.V. Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 50. n. 6, p. 898-904, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/0080-6234-reeusp-50-06-00898.pdf>. Access in: 09 maio 2022.

BERTOLUCCI, Paulo 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_arttext&pid=S0004-282-1994000100001X&lng=en&nrm-iso. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRAGA, Dayse Aparecida de *et al.* Qualidade de vida do idoso em tratamento oncológico. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 18, n. 2, p. 249-253, maio/ago. 2019. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/download/15991/20039>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRUSTOLIN, A.; FERRETTI, F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 47-59, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100047&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 abr. 2022.

BUSHATSKY, Magaly *et al.* Mulheres com câncer de mama: adesão ao tratamento com tamoxifeno. **Cienc Cuid Saude**, v. 17, n. 3, e44081, 2018. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent>.

com/search?q=cache:ilun2BPFNi0J:periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/44081+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 17 abr. 2022.

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 maio 2022.

CAMPOS, Cristiane Soares *et al.* Impacto de la fatiga en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 3, p. 383-391, 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497963985009/html/>. Acesso em: 14 abr. 2022.

CASTILLO-OTINIANO, C. C.; YAN-QUIROZ, E. F. Hipertensión arterial y diabetes mellitus como factores de riesgo para el cáncer de mama. **Acta Médica Orreguiana Hampi Runa**, v. 18, n. 2, p. 51-8, 2018. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/483>. Acesso em: 21 abr. 2022.

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: 02 maio 2022.

CORDEIRO, L. A. M.; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C. V. C. Mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia adjuvante: avaliação da qualidade de vida. **Rev enferm UERJ**, v. 26, e17948, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17948/26112>. Acesso em: 09 maio 2022.

FIREMAN, Kelly de Menezes *et al.* Women Perception of their Functionality and Quality of Life after Mastectomy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 4, p. 499-508, 2018. Available from: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/198/401>. Access in: 11 maio 2022.

FRAZÃO, Maria Cristina Oliveira Lins *et al.* Resiliência e capacidade funcional de pessoas idosas com diabetes mellitus. **Rev Rene**, v. 19, e3323, 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33383/pdf_1. Access em: 11 abr. 2022.

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.

GREFF, Giulia Brondani *et al.* Influence of upper limb functionality on the quality of life of women undergoing treatment for breast cancer. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.5, p. 19820-19831 sep./oct. 2021. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/36274>. Access in: 17 apr. 2022.

IMRAN, Muhammad *et al.* Assessment of quality of life (QoL) in breast cancer patients by using EORTC QLQ-C30 and BR-23 questionnaires: A tertiary care center survey in the western region of Saudi Arabia. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, e0219093. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6620008/>. Access in: 10 apr. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estatísticas de câncer**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 21 de maio de 2021.

JACOBS, Jamie M. *et al.* Patient Experiences With Oral Chemotherapy: Adherence, Symptoms, and Quality of Life. **J Natl Compr Canc Netw.**, v.17, n. 3, p. 221-228, 2019. Available from: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/17/3/article-p221.xml>. Access in: 11 apr. 2022.

JACOBS, Jamie M. *et al.* Treatment Satisfaction and Adherence to Oral Chemotherapy in Patients With Cancer. **J Oncol Pract.**, v. 13, n. 5, e474-e485, may 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28398843>. Access in: 15 apr. 2022.

KAMEO, Simone Yuriko *et al.* Toxicidades Gastrointestinais em Mulheres Durante Tratamento Quimioterápico do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, e-151170. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1170/1385>. Acesso em: 15 abr. 2022.

LEITE, Airton César *et al.* Assistência de enfermagem no rastreamento do câncer de mama em pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 1, e8510111464, 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3023405-assist%C3%A2ncia-de-enfermagem-rastreamento-do-c%C3%A2ncer-de-mama-em-pacientes-atendidas-na-unidade-b%C3%A1sica-de-sa%C3%BAde. Acesso em: 13 abr. 2022.

LESSA, Paula Renata Amorim *et al.* Validation of the Adherence Determinants Questionnaire scale among women with breast and cervical cancer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, 5, p. 971-8, 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00971.pdf>. Access in: 23 abr. 2022.

LIGT, K. M. *et al.* The impact of health symptoms on health-related quality of life in early-stage breast cancer survivors. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 178, p. 703–711, 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6817812/>. Access in: 06 abr. 2022.

LIMA, M. P.; MACHADO, W. L.; IRIGARAY, T. Q. Predictive factors of treatment adherence in cancer outpatients. **Psycho-Oncology**, v. 27, p. 2823–2828, 2018. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.4897>. Access in: 20 apr. 2022.

MARTINS, Thaís Nogueira de Oliveira *et al.* Reconstrução mamária imediata versus não reconstrução pós-mastectomia : estudo sobre qualidade de vida, dor e funcionalidade. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 412-19, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/56Fz4xwm5vJ3XRB-zNwPqxBL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

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 maio 2022.

MOON, Zoe *et al.* Barriers and facilitators of adjuvant hormone therapy adherence and persistence in women with breast cancer: a systematic review. **Patient Prefer Adherence**, v. 23, n. 11, p. 305-322, may 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28260867>. Access in: 12 maio 2022.

NASCIMENTO, J.L.; SOUSA, M.N.A.; ALENCAR, T.P. Quality of life scales in breast cancer patients. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 6, p. 16559-78, 2020. Available from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/FkFsVzNwHNxNyhcp75Rd85f/?lang=en>. Access in: 17 apr. 2022.

NUNES, M. A. H.; CEOLIM, M. F. Quality of sleep and symptom cluster in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. **Cogitare enferm.**, v. 24, e58046, 2019. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58046/pdf_en. Access in: 10 abr. 2022.

OLIVEIRA, F. B. M.; SANTANA E SILVA, F.; PRAZERES, A. S. B. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, Supl. 6, 2533-40, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23421/19103>. Acesso em: 18 abr. 2022.

PEREIRA, Antônio Pedro V. M. *et al.* Mastectomia e mamoplastia na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Caderno de Medicina**, v. 2, n. 1, p. 38-52, 2019.

PÉREZ, Y. J. R.; TEJADA, B. A. M.; HERRERA, J. L. H. Depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería Global*, n. 56, p. 230-241, oct. 2019. Disponible

en: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/132/186>. Acesso em: 20 abr. 2022.

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/rngen/v39/en_1983-1447-rngenf-39-e2017-0224.pdf. Access in: 13 maio 2022.

SALGADO, Nathalia Di Mase *et al.* Impactos psicológicos da mastectomia decorrente do câncer de mama na vida da mulher. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 31, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.25248/REAC.e8386.2021>. Acesso em: 17 abr. 2022.

SAWADA, Namie Okino *et al.* Abordagem transcultural da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer. **Rev Rene**, v. 18, n. 3, p. 368-75, maio/jun, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20097>. Acesso em: 23 abr. 2022.

SILVA, J.; MARINHO, V. R.; IMBIRIBA, T. C. O. Câncer de mama: o papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente oncológico. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.7, n.11, nov. 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3107>. Acesso em: 15 maio 2022.

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 abr. 2022.

SILVA, Silvio Eder Dias da *et al.* Impacts of therapy chemotherapy and implications for maintenance care. A social representations study. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 2, p. 516-523, 2018. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6115/pdf>. Access in: 11 maio 2022.

SIQUEIRA, Laís Reis *et al.* Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Radioterápico: Revisão

Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, e-211264, 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1264>. Acesso em: 17 maio 2022.

SOUSA, Samara Maria Moura Teixeira *et al.* Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 727-741, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FyBM558DPbcH9KCKw588ZWY/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

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 apr. 2022.

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 abr. 2022.

YEE, Melissa K. *et al.* Symptom Incidence, Distress, Cancer-Related Distress, and Adherence to Chemotherapy Among African American Women With Breast Cancer. **ACS Journals**, v. 1, p. 2061-69, 2017. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30575>. Access in: 13 apr. 2022.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 10

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA ASSISTÊNCIA A PESSOA IDOSA

GENILSON CESAR SOARES BONFIM

Esta Área Temática pretende discutir trabalhos que abordem os aspectos éticos e legais na assistência da pessoa idosa, com ênfase na formação e das competências necessárias aos profissionais de saúde que prestem cuidado à pessoa idosa em diferentes instâncias de atenção em comunidade, hospital, clínica, domicílio e instituição de longa permanência, relacionamento com familiares e trabalho com equipe multiprofissional e interdisciplinar. Visa também instigar o diálogo e o debate sobre as políticas sociais e os direitos da pessoa idosa e contempla experiências e pesquisas ligadas à proteção da pessoa idosa no ordenamento jurídico, a tutela constitucional e a legislação específica, as garantias institucionais e processuais e seus mecanismos e instrumentos de efetividade, entre outras.

Na perspectiva do tema central do IX CIEH é importante termos a seguinte reflexão: A ciência, é a base de praticamente todas as descobertas sobre a prevenção e cura de doenças, bem-estar e longevidade. Considerando o envelhecimento como um fenômeno natural, mas que geralmente apresenta um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido à influência dos agravos à saúde e do estilo de vida. O maior temor da velhice está relacionado com a perda da saúde. As possibilidades para desenvolver as doenças e as incapacidades aumentam quando associadas ao estilo de vida.

No acompanhamento das pesquisas científicas temos os aspectos éticos e legais na assistência a pessoa idosa, nesse acompanhamento temos o sistema CEP/CONEP, que através da Plataforma Brasil analisa os critérios éticos dos projetos científicos envolvendo seres humanos.

As atividades de pesquisa devem passar por um processo de revisão minucioso com o objetivo de proteção de seres humanos. Os protocolos de pesquisa devem ser submetidos para consideração e comentários, bem como orientação, e aprovados por um comitê independente de revisão ética. Os protocolos devem incluir informações sobre fontes de financiamento, patrocínios, afiliações institucionais e incentivos de compensação. Conforme declarado na Declaração de Helsinque, os comitês de ética em pesquisa devem ter a responsabilidade de monitorar os estudos em andamento. Os pesquisadores

devem ser obrigados a fornecer informações de monitoramento ao comitê, com diretrizes claramente definidas com relação à notificação da ocorrência de quaisquer eventos adversos.

De forma geral na AT 10 - aspectos éticos e legais na assistência a pessoa idosa do IX CIEH buscamos através da apresentação de trabalhos a discussão ética e legal que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial com pessoas idosas, favorecendo a boa ciência e respeitando a dignidade humana.

Genilson Cesar Soares Bonfim
UNINTA

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA EUTANÁSIA E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VIDA

CAMILLA SANDRIANNY PEREIRA BARBOSA

Mestre do Curso de Mestrado profissional em gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, milla.spbarbosa@gmail.com;

MARIA DO CARMO CLEMENTE MARQUES FIGUEIREDO

Mestre do Curso de Mestrado profissional em gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, marques.carminha@gmail.com;

ELLEN CORREIA FONSECA DE OLIVEIRA

Mestre do Curso de Mestrado profissional em gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, ellencorreia.ef@hotmail.com.

RESUMO

Este estudo objetivou compreender como a eutanásia e as diretivas antecipadas de vidas ocorrem no processo de envelhecimento. Utilizou-se como metodologia a realização de uma revisão integrativa de literatura, através de uma busca nas bases de dados científicos *Web of science* e *Lilacs*, e analisados qualitativamente, resultando em duas categorias, a primeira Percepção dos profissionais de saúde acerca da eutanásia; Percepção dos pacientes e cuidadores acerca da eutanásia. Concluímos que a temática é amplamente discutida e fonte de controvérsia entre os profissionais, cuidados e paciente, pois depende da formação sociocultural de cada indivíduo, bem como do país que o mesmo reside, enfatiza-se a morte assistida nos países da Europa, além de indicada por alguns profissionais de saúde, é buscada por inúmeros pacientes em sua maioria idosos e com doenças terminais.

Palavras-chave: Eutanásia. Envelhecimento. Diretivas antecipadas de vontade.

INTRODUÇÃO

O nome Eutanásia tem origem grega e significa “boa morte”. A eutanásia pode ser dividida em dois tipos, a eutanásia ativa que consiste no acordo entre profissional e paciente para uma morte digna; e a eutanásia passiva quando há a interrupção do tratamento e dos cuidados de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Ainda de acordo com Oliveira *et al.*, (2014), a eutanásia pode ocorrer de modo voluntário ou involuntário, ou seja, o paciente decide sobre sua morte, para isso é assinado um documento é chamada eutanásia voluntária; pode acontecer ainda quando um responsável ou familiar opta por abreviar a vida, chamada eutanásia involuntária.

Salienta-se que no Brasil a eutanásia é considerada crime de acordo com o código penal, diferente de outros países como Holanda, Bélgica, Suíça, Alemanha que a prática da eutanásia não é ilegal e pode acontecer desde que o paciente tenha conhecimento, destes destaca-se a Holanda e Bélgica que tem leis específicas e que além do profissional médico o enfermeiro participa da tomada de decisão desde o ano de 2002 (INGHELBRECHT *et al.*, 2010).

Estudos que descrevem a eutanásia, como um caminho para uma morte digna, sem sofrimento, sem dor, e aliado a este processo o surgimento das diretivas antecipadas de vontade, documento no qual o paciente estabelece até que momento deseja realizar um determinado tratamento médico, deste modo mantendo a autonomia e facilitando a tomada de decisão pela família, sendo comum a opção por pacientes considerados terminais (OLIVEIRA *et al.*, 2014; KÓVACS, 2014).

As discussões a cerca da morte, da eutanásia são diversas e permeiam avaliar o poder de autonomia e decisão dos pacientes, principalmente daqueles que buscam a assistência para morrer, é fato que tal decisão envolve uma série de fatores pessoais, familiares e também de ordem médica que influenciam na tomada final da decisão, outro ponto a ser discutido é que com o envelhecimento da população a autonomia tendencialmente é reduzida devido a fragilidade dos idosos (VAN WIJNGAARDEN; LEGET; GOOSSENSEN, 2015).

O envelhecimento, o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, as demências, os inúmeros casos de câncer fazem com que as pessoas pensem na abreviação da vida, através da eutanásia, alguns

se esbarram na legislação do país, outros nas convicções sociais, religiosas e familiares que dificultam a tomada de decisão sobre a morte assistida.

Outro fator fundamental é o posicionamento do profissional médico, nem todos os profissionais apoiam a morte assistida, o conselho da categoria, faz-se pensar até que ponto as leis de um país interferem na autonomia do profissional e conseqüentemente na autonomia do sujeito que solicita eutanásia (VELAN *et al.*, 2018; EVENBLIJ *et al.*, 2019).

Com esta temática realizou-se revisão de literatura com o objetivo de compreender: Como a eutanásia é discutida e realizada no cenário nacional e internacional?

METODOLOGIA

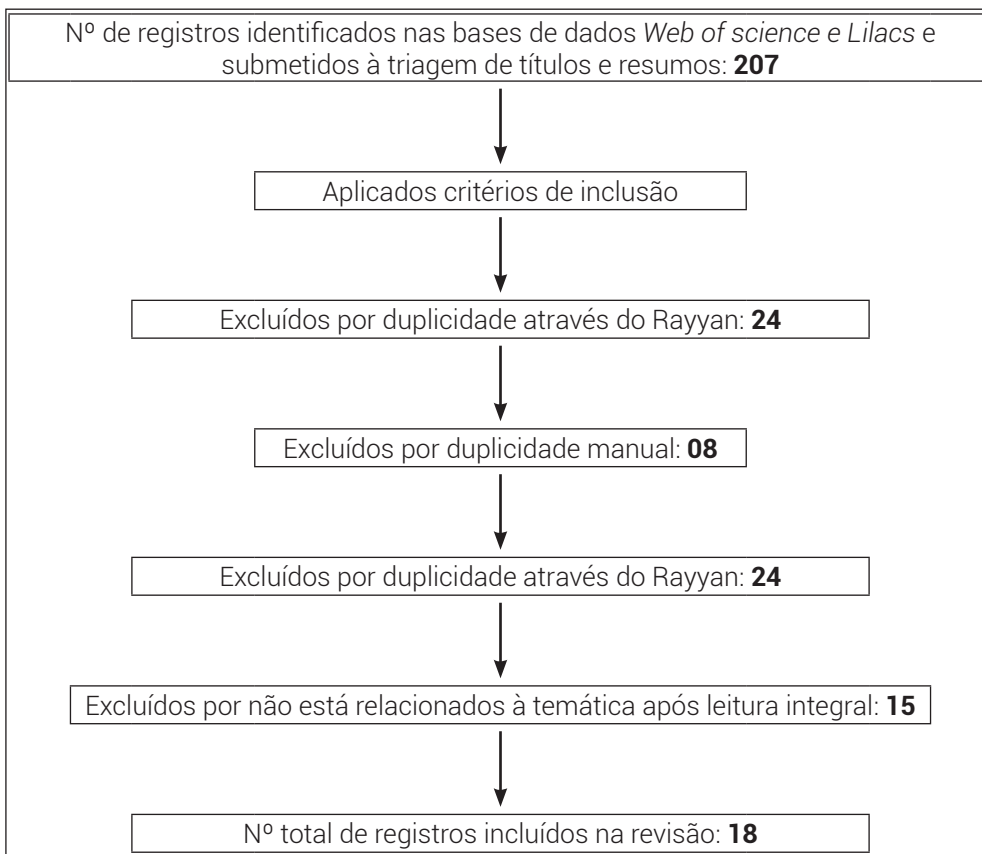
Realizou-se um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa, com base nos estudos de Botelho, Cunha e Macedo (2011). Segundo os autores, a revisão de literatura deve esta organizada em seis fases, a primeira relaciona a identificação do tema e criação de uma questão norteadora; a segunda fase formulação de critérios de inclusão e exclusão; a terceira o levantamento bibliográfico para revisão, a quarta fase consiste na categorização dos temas; a quinta na análise e interpretação dos resultados e a sexta fase na conclusão e apresentação.

Foi utilizado o software *rayyan* de revisão sistemática, disponível na página da web <https://rayyan.qcri.org>, para auxiliar na classificação dos artigos escolhidos.

A pesquisa dos estudos aconteceu no mês de dezembro de 2019, nas bases de dados *Web of science* e Literatura Latino-americana e do Caribe - *Lilacs*. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos cinco anos que apresentassem temática relacionada à eutanásia e diretivas antecipadas de vida, excluíram-se teses, dissertações, artigos de revisão, artigos duplicados e documentos sem livre acesso.

Foram encontrados um total de 207 artigos destes 196 no idioma inglês, seis em português, quatro em espanhol. Após avaliação por

titulo e resumo foram excluídos 184 artigos e selecionados 18 artigos para leitura completa, conforme distribuição no quadro 01 abaixo:



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A análise da temática fundamenta-se em um método para detectar, analisar parâmetros a partir dos dados, formatando-os em unidades temáticas e posteriormente descrevendo detalhadamente. O conteúdo das unidades temáticas serão analisados descritivamente, com abordagem qualitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos selecionados totalizaram 18 artigos considerando a abordagem da literatura científica sobre eutanásia e diretivas antecipadas de vida, conforme descritos na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Caracterização dos 18 artigos acerca eutanásia e diretivas antecipadas de vida com ênfase no recorte temporal de cinco anos, organizado segundo número referência, título do artigo, ano de publicação, periódico, país, idioma, desenho do estudo, base de dados e participantes do estudo, selecionados entre os anos 2014-2019.

Variáveis					
Título	Ano/ Periódico	País/ Idioma	Desenho do Estudo	Base de Dados	Participantes da pesquisa
E1 - Atitudes dos médicos em relação à morte assistida	2017	Noruega Inglês	Coorte, descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa	Web of Science	Médicos
E2 - Diretrizes da eutanásia antecipada: um caso controverso e suas implicações éticas	2018 J Med Ethics	EUA Inglês	Exploratório-descriptivo, Com abordagem qualitativa	Web of Science	Pacientes portadoras de Alzheimer
E3 - Atitudes em relação à morte assistida são influenciado pela redação e ordem das perguntas: um experimento de pesquisa	2016 BMC Medical Ethics	Noruega Inglês	Descritiva de abordagem quantitativa	Web of Science	Cidadãos noruegueses
E4 - Autonomia e morrer: notas sobre a tomada de decisão realização e eutanásia da "vida completa" no Países Baixos	2018 Estudos da morte	Holanda Inglês	Exploratória de abordagem qualitativa	Web of Science	Cidadãos holandeses
E5 - Comparação de atitudes em relação a cinco intervenções de cuidados no final da vida controle da dor, retirada da vida fútil tratamento sustentador, passivo eutanásia, eutanásia ativa e suicídio assistido por médico	2018 BMJ Open	Coréia Inglês	Transversal multicêntrica, Exploratória de abordagem quantitativa	Web of Science	Pacientes com câncer, cuidadores familiares e Médicos
E6 - A evolução da prática da eutanásia no Holanda: equilibrando a responsabilidade profissional e autonomia do paciente	2018 Jornal Europeu de Clínica Geral	Holanda Inglês	Descritiva de abordagem quantitativa	Web of Science	Médicos e pacientes

Título	Ano/ Periódico	País/ Idioma	Variáveis		
			Desenho do Estudo	Base de Dados	Participantes da pesquisa
E7 - Participação dos cuidados paliativos na prática da eutanásia em um contexto de eutanásia legalizada: uma base populacional estudo de acompanhamento da mortalidade	2017 Medicina Paliativa	Bélgica Inglês	Documental de abordagem quantitativa	Web of Science	Atestados de óbito
E8 - O dilema "para" e "contra" eutanásia e consciência jurídica do desativado	2016 Journal of IMAB	Bulgária Inglês	Análítico de abordagem quantitativa	Web of Science	Pacientes polimórbidos com deficiência (DPP)
E9 - Pesquisa em população aberta sobre termos relacionadas a decisões de final de vida	2018 Boletim Médico do México		Descritivo, exploratório, observacional de abordagem quantitativa	Web of Science	População de quatro cidades da República Mexicana
E10 - Explorando as experiências dos médicos canadenses fornecendo Assistência médica ao morrer: um estudo qualitativo	2018 Revista de Gerenciamento de Dor e Sintomas	México Espanhol	Exploratória de abordagem qualitativa	Web of Science	Médicos
E11 - Fatores associados à solicitação e recebendo eutanásia: uma nação estudo de acompanhamento de mortalidade com foco em pacientes com distúrbios psiquiátricos, demência ou acúmulo de problemas de saúde relacionados à velhice	2018 BMC Medicine	Canadá Inglês	Documental de abordagem quantitativa	Web of Science	Atestados de óbito
E12 - Protocolo do Hospital Universitário de Ghent relativo ao procedimento relativo eutanásia e sofrimento psicológico	2018 Ética Médica da BMC	Bélgica Inglês	Descritiva de abordagem quantitativa	Web of Science	Médicos
E13 - A caminho da morte com dignidade no século XXI	2014 Rev. bioética	Brasil Português	Descritiva de abordagem qualitativa	Lilacs	Pacientes em fim de vida

Título	Variáveis				
	Ano/ Periódico	País/ Idioma	Desenho do Estudo	Base de Dados	Participantes da pesquisa
E14 - O impacto dos profissionais de saúde personalidade e crenças religiosas sobre decisões de renunciar à manutenção da vida tratamentos: um observacional, estudo multicêntrico e transversal em Unidades de terapia intensiva gregas	2017 BMJ Open	Grécia Inglês	Transversal, observacional de abordagem quantitativa	Web of Science	Médicos e enfermeiros
E15 - Percepções e intenções em relação à assistência médica assistência na morte entre canadenses estudantes de medicina	2018 Ética Médica da BMC	Canadá Inglês	Exploratória de abordagem quantitativa	Web of Science	Estudantes de medicina
E16 - Perspectivas dos estudantes de medicina sobre eutanásia e assistência médica suicídio e seus pontos de vista sobre a legalização dessas práticas na África do Sul	2018 S Afr Med J	África do Sul Inglês	Descritiva de abordagem qualitativa	Web of Science	Estudantes de medicina e médicos
E17 - Assistência médica, revelando a morte percebida pelos médicos israelenses	2018 S Afr Med J	Israel Inglês	Exploratória de abordagem quantitativa	Web of Science	Médicos
E18 - Eutanásia na visão dos graduandos em enfermagem: concepções e desafios	2014 Rev Min Enferm	Brasil Português	Exploratório-descritivo, Com abordagem qualitativa	Lilacs	Estudantes do curso de graduação em Enfermagem

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No quadro 1 está a apresentação dos estudos que contemplaram a abordagem da literatura científica sobre eutanásia e diretivas antecipadas de vida. Evidenciado um maior domínio na quantidade de publicações no ano de 2018 com 11 estudos (61%). No tocante periódico foi possível evidenciar com maior prevalência de estudos a

base de dados *Web of Science* 16 (88%) seguida da Literatura Latino-americana e do Caribe - *Lilacs* 02 (11%). Ressalta-se que os estudos analisados para elaboração desta pesquisa em sua maioria eram de língua inglesa. Na variável abordagem metodológica, evidenciaram-se abordagem quantitativa 12 trabalhos (66%), seguidos da abordagem qualitativa com seis (33%).

No tocante tipo de estudo, o presente destaque foi para os trabalhos descritivos com nove (50%) das publicações, seguido das pesquisas exploratórias com oito (44%). Vale salientar que houve dois (11%) cada para as pesquisas de cunho documental, observacional e transversal.

Quadro 2: Descrição dos objetivos de estudos dos 18 artigos no âmbito nacional e internacional, com intervalo de 2014-2018

Artigo	Objetivo
E1	Identificar os fatores que previam atitudes à legalização à morte assistida.
E2	Fornecer uma descrição detalhada dos casos, analisarem as principais questões éticas levantadas e discuta brevemente possíveis fragilidades nas regulamentações de Diretrizes da eutanásia antecipada.
E3	Demonstrar e medir esses efeitos de enquadramento, analisar as atitudes em relação à morte assistida
E4	Explorar em profundidade noção de "autonomia" na terceira idade e criticar aliado a examinar a visão otimista de que as pessoas mais velhas podem Espera-se que tome decisões independentes sobre vida deles.
E5	Investigações evidências robustas sobre os "modos de morte"
E6	Descrever o desenvolvimento na prática da eutanásia e na tomada de decisões no final da vida e examinar o papel e o significado de duas dimensões do conceito de 'autonomia do paciente' em relação às decisões em fim de vida, em particular a solicitação de eutanásia.
E7	Examinar o envolvimento dos cuidados paliativos serviços no atendimento a pessoas que solicitam eutanásia e tomada de decisão e desempenho da eutanásia.
E8	Examinar as informações legais das pessoas com deficiência e resolver o dilema "para" ou "contra" a eutanásia.
E9	Determine o grau de conhecimento sobre termos envolvidos nas decisões no final do vida, que tem uma população aberta em várias cidades do México.
E10	Explorar os desafios profissionais enfrentados pelos médicos canadenses que fornecem assistência médica ao morrer.
E11	Estimar a frequência de solicitação e recebimento EAS entre pessoas com (também) um distúrbio psiquiátrico, demência ou acúmulo de problemas de saúde; Explorar razões para os médicos concederem ou recusarem um pedido; Descrever diferenças nas características, incluindo a presença de distúrbios psiquiátricos, demência e acúmulo de problemas de saúde entre pacientes que fizeram e não solicitou o EAS e entre pacientes cujo pedido foi ou não atendido.
E12	Descrever excessivamente permissivas e pedidos relacionados para recusar a eutanásia por sofrimento psicológico, alguns hospitais belgas.
E13	Traçar reflexões sobre a morte com dignidade no século XXI.

Artigo	Objetivo
E14	Avaliar a opinião da unidade de terapia intensiva Pessoal (UTI) e o impacto de sua personalidade e crenças religiosas nas decisões de renunciar à manutenção da vida e tratamentos
E15	Fornecer evidências de uma pesquisa nacional de estudantes de medicina canadenses sobre suas opiniões, intenções e preocupações com a assistência médica à morte.
E16	Descrever como os estudantes de medicina e médicos lidam com perguntas sobre eutanásia e assistência médica suicídio, e eles são capazes de responder aos seus pacientes com informações.
E17	Explorar a atitude dos médicos israelenses em relação a dois dilemas discutíveis: revelar a verdade completa aos pacientes sobre um mau prognóstico médico e ajudar pacientes terminais a encerrar suas vidas.
E18	Apresentar as rodas de conversa com acadêmicos de enfermagem sobre a eutanásia, antes de cursar a disciplina "Exercício profissional e Bioética" para verificar se até aquele período o estudante já havia conseguido competência e habilidade de debate sobre o tema.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Com base nos conteúdos expostos, ao analisar os objetivos dos estudos, foi possível buscar o aprofundamento semântico aplicado pelos autores por meio de uma análise de conteúdo. Dessa forma, foram estruturadas em duas categorias temáticas: Percepção dos profissionais de saúde acerca da eutanásia; Percepção dos pacientes e cuidadores acerca da eutanásia. No cenário nacional e internacional.

Categoria 1 - Percepção dos profissionais de saúde acerca da eutanásia

Nos países da Europa que por lei praticam a eutanásia ainda é um tema que gera discussão entre os profissionais, sendo alguns profissionais a favor e outros por convicções religiosas, morais são contra a realização da morte assistida, uma vez que ainda se pondera a autonomia do paciente em solicitar o procedimento, bem como a avaliação e indicação do profissional médico e de outros profissionais como enfermeiro em alguns países. Alguns estudos mostram que 60% dos profissionais de saúde apoia a morte assistida e que estes profissionais apoiam revelar a verdade de um mau prognóstico ao paciente, indicando quando necessário a morte assistida (VELAN *et al.*, 2019).

Estudos de Miller (2019) sobre ética médica revelam a necessidade do debate sobre a morte assistida e as diretivas antecipadas de vida, enfatizando a necessidade de observar e investigar cada caso,

em outras pesquisas os profissionais de saúde apoiam a eutanásia e o suicídio assistido por considerarem alívio do sofrimento, morte digna, economia para os serviços de saúde, contra pondo-se aos profissionais que são contra a eutanásia e pensa nesta como assassinato (BRAVERMAN *et al.*, 2017; JACOBS; HENDRICKS, 2018; KHOSHNOOD *et al.*, 2018).

Categoria 2 - Percepção dos pacientes e cuidadores acerca da eutanásia

No tocante a percepções dos pacientes e cuidados a discussão da morte assistida é amplamente debatida e requer cuidado, pois é um dilema entre o paciente que deseja abreviar seu sofrimento ou tem a vontade de tentar um tratamento até determinado ponto e a família que por estar intimamente ligada ao paciente e não quer que o paciente morra, existindo ainda os familiares que apoiam a decisão e ou os casos que são considerados mais complicados para se tomar a decisão por parte da família quando o paciente é idoso ou se encontra totalmente dependente com doença terminal e o familiar com o profissional de saúde deve tomar a decisão sobre a eutanásia (VAN WIJNGAARDEN; LEGET; GOOSSENSEN, 2015).

Algumas pesquisas mostram que 67,7% dos entrevistados possuíam diretivas antecipadas de vidas, descrevendo que desde o prognóstico os sujeitos optam pelas diretivas antecipadas enquanto tinham autonomia para decidir sobre sua saúde, estudos realizados nos Estados Unidos da América, demonstrou que os sujeitos que tinham vontade de viver receberam menos cuidados na sua fase final de vida, em relação dos sujeitos que optaram pelas diretivas antecipadas e receberam cuidados médicos conforme predeterminaram e desejaram através das diretivas antecipadas (SILVEIRA *et al.*, 2014; KOVÁCS, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os estudos da temática e a realização desta revisão de literatura pode-se perceber que a eutanásia e as diretivas antecipadas apesar de no Brasil serem temas de ampla discussão, em alguns

países da Europa e Estados Unidos da América que existem leis específicas que regulamentam a Eutanásia, as Diretivas Assistidas de Vida e o Suicídio Assistido, também são temas de ampla discussão e cuidados pelas autoridades, pelos profissionais, pacientes e familiares.

Considera-se serem temas que merecem ser mais discutidos no Brasil, bem como até a realização de pesquisas de opinião pública sobre a temática, de forma a empoderar os cidadãos de conhecimento e informação e assim fortalecer as políticas nacionais para o enfrentamento do envelhecimento e das doenças crônicas não transmissíveis que o acompanham.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRAVERMAN, Derek W. et al. Health care professionals' attitudes about physician-assisted death: an analysis of their justifications and the roles of terminology and patient competency. **Journal of pain and symptom management**, v. 54, n. 4, p. 538-545. e3, 2017.

EVENBLIJ, Kirsten et al. Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. **BMC medicine**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2019.

INGHELBRECHT, Els et al. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. **Cmaj**, v. 182, n. 9, p. 905-910, 2010.

JACOBS, R. K.; HENDRICKS, M. Medical students' perspectives on euthanasia and physician-assisted suicide and their views on legalising these practices in South Africa. **South African Medical Journal**, v. 108, n. 6, p. 484-489, 2018.

KHOSHNOOD, Narges et al. Exploring Canadian physicians' experiences providing medical assistance in dying: a qualitative study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 56, n. 2, p. 222-229. e1, 2018.

KOVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 22,n. 1, p. 94-104, Apr. 2014 .

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de et al. Eutanásia na visão dos graduandos em enfermagem: concepções e desafios. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 126-141, 2014.

SILVEIRA, Gabriella Franzoni da et al. Produção científica da área da saúde sobre a sexualidade humana. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 302-312, 2014.

VAN WIJNGAARDEN, Els; LEGET, Carlo; GOOSSENSEN, Anne. Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. **Social science & medicine**, v. 138, p. 257-264, 2015.

VELAN, Baruch et al. Truth-telling and doctor-assisted death as perceived by Israeli physicians. **BMC medical ethics**, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2019.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 11

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

VANESSA MARTINHAGO BORGES FERNANDES

Esta área temática teve como principal objetivo discutir trabalhos relacionadas aos cuidados nos diferentes diagnósticos clínicos presentes na saúde do idoso, com ênfase na recuperação e reabilitação da saúde multidimensional.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a reabilitação é o conjunto de medidas que auxiliam na manutenção do funcionamento ideal, da interação com o ambiente (prevenção) e na maximização da função frente a uma condição de incapacidade.

O envelhecimento humano é acompanhado por alterações fisiológicas, que por sua vez, manifestam-se de forma a comprometer a recuperação física de doenças e agravos da pessoa idosa. A reabilitação e recuperação multidimensional tem extrema importância, pois estes comprometimentos afetam diretamente a qualidade de vida e autonomia funcional.

O papel da reabilitação geriátrica é de fornecer um envelhecimento saudável e funcional, diminuindo o impacto das doenças crônicas na funcionalidade do indivíduo, resgatando a autonomia após eventos agudos.

Todas as estratégias terapêuticas que visam recuperar o potencial físico, e por consequência, mental e social, maximizando o potencial de reestabelecimento da saúde do idoso. Para se fornecer uma avaliação multidimensional é necessário identificar barreiras, os facilitadores e traçar metas com monitoramento constante. As reabilitações podem ser exercidas por equipes multiprofissionais de saúde, tanto em ambientes hospitalares ou ambulatoriais.

Para tanto, um cuidado efetivo deve contemplar também os problemas relacionados à saúde, como a incapacidade funcional, além dos tratamentos de agravos, doenças agudas e crônicas.

O fortalecimento da reabilitação se faz necessário nos sistemas de saúde global, para que haja acesso universal e serviços de qualidade, assegurando os direitos humanos e proporcionando benefícios sociais e econômicos. O investimento na reabilitação aumenta a capacidade de realizar as atividades da vida diária das pessoas idosas.

Trabalhos nessa área fortalecem as evidências científicas para orientar as partes interessadas no desenvolvimento e ampliação dos serviços de reabilitação, de forma equitativa, em todos os níveis e sistemas de saúde.

Vanessa Martinhago Borges Fernandes

UFSC

FATORES DE RISCOS MODIFICÁVEIS E NÃO MODIFICÁVEIS DA ENDOCARDITE INFECCIOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

KELLY SOARES FARIAS

Doutora em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Centro Universitário (UNIFACISA) e da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). kll.soares1@gmail.com

RESUMO

A endocardite infecciosa (EI) é uma inflamação oriunda da proliferação de agentes infecciosos no endocárdio valvar, resultante de sua disseminação pela corrente sanguínea, ocasionando o acúmulo de detritos celulares, material trombótico e formação de vegetações, que produzem êmbolos sépticos, abscessos e destruição do endotélio cardíaco. Apesar dos avanços da medicina nos métodos de diagnósticos e tratamento, é uma condição clínica de elevada morbimortalidade. O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre a EI para caracterizar a população quanto às características demográficas, apresentação clínica, comorbidades e fatores de risco. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, PubMed, UpToDate e ScieLo, com os descritores "Endocardite", "Endocardite Bacteriana" e "Endocardite infecciosa" nos idiomas inglês e português. Vinte e cinco artigos cumpriram os critérios de elegibilidade e foram selecionados para a extração dos dados. Um total de 11.146 indivíduos compuseram esta revisão. Os resultados mostraram que a EI tem maior prevalência no sexo masculino, 64,46% da amostra, com média de idade de 54,6 ($\pm 10,23$) anos, com comorbidades relacionadas ao sistema cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, arritmias e estenose aórtica. Os fatores de risco não modificáveis foram idade, sexo, cardiopatia congênita, uso de válvulas protésicas, uso de cateter de hemodiálise, doença reumática no coração. Em relação aos fatores de risco modificáveis, a hiperlipidemia, o tabagismo, o etilismo, o uso de drogas injetáveis, o histórico de extração dentária, a presença de marcapasso e o uso de dispositivos intracardíacos ou intravenosos foram os mais citados.

Palavras-chave: "Endocardite infecciosa", "Fatores de Risco" e "Promoção de Saúde"

INTRODUÇÃO

A endocardite é uma inflamação que acomete a superfície do endotélio cardíaco, afetando, principalmente, os folhetos das valvas cardíacas, como as valvas mitral, aórtica, tricúspide e pulmonar, além de em menor proporção, as estruturas de suporte em qualquer parte do endocárdio (BADDOUR et al, 2015). Apesar dos avanços da medicina nos métodos de diagnósticos e de tratamento, a endocardite continua sendo uma condição clínica de elevada morbimortalidade (WANG et al, 2020). A endocardite pode ser classificada em endocardite infecciosa (EI) e endocardite não infecciosa (NIE), baseado no fato de ter como causa um agente infeccioso ou não (BADDOUR et al, 2015).

A NIE refere-se à formação de trombos estéreis de plaqueta e fibrina nas valvas cardíacas e no endocárdio adjacente, em resposta aos traumas, imunocomplexos circulantes, vasculite, fatores químicos, imunológicos (Libman-Sacks, doença pós-reumática, síndrome hipereosinofílica ou lúpus eritematoso sistêmico) ou ocasionado diretamente por fluxo sanguíneo turbulento que pode danificar mecanicamente o endocárdio (endocardite trombótica não bacteriana). Ademais, é observada em estados hipercoaguláveis ou malignidades (endocardite trombótica/marântica não bacteriana) (REISNER et al, 2000; UMEOJIAKO, 2019; ZMAILI et al, 2021).

A EI, por sua vez, acontece quando há a proliferação de microrganismos no endotélio cardíaco a qual ocasiona o acúmulo de detritos celulares, material trombótico e a formação de vegetações, que tendem a produzir êmbolos sépticos, abscessos e destruição do endotélio cardíaco (JS et al, 2000; HABIB et al, 2009; MURDOCH et al, 2009). O agente infeccioso pode vir mediante a implantação de dispositivos intracardíacos ou intravenosos, condições imunossupressoras como diabetes, hemodiálise e uso de drogas intravenosas, tendo como principais agentes etiológicos espécies de *Staphylococcus*, como *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis*, e espécies de *Streptococcus*, sendo as principais *Enterococcus faecalis*, *Viridans streptococcus*, *Group B-beta hemolytic streptococcus* e *Streptococcus pneumoniae* (MILLAR e MOORE, 2004; SANDE et al, 1992; ROBINSON et al, 1997; BONOW et al, 2007).

A EI é o tipo mais prevalente das endocardites (SUNIL et al, 2019). Nas últimas duas décadas, com a melhora da expectativa de vida, com

o aumento do uso de dispositivos de implante cardíaco e a frequência em procedimentos invasivos, a epidemiologia da EI em países desenvolvidos como a Europa e os Estados Unidos mudou significativamente: cresceu o número de pacientes mais velhos com EI, a endocardite relacionada ao dispositivo cardíaco e a endocardite da válvula protética (EVP) aumentaram consideravelmente, e os *estafilococos* tornaram-se o patógeno mais predominante em países desenvolvidos, em decorrência do uso indiscriminado de antibióticos (SANTOS *et al*, 2019). No Brasil, por sua vez, a principal causa é a doença valvar reumática, a qual tem como principal agente etiológico o *streptococcus viridans*. Atualmente, a incidência anual de 3-10 casos/ 100.000 habitantes e a alta mortalidade são acompanhadas de graves complicações (SANTOS *et al*, 2019). Estudos realizados entre 2016-2021, mostraram que a EI é mais comum nos homens, com média de idade de 55,1 anos ($\pm 10,25$), e a NIE é mais prevalente entre as mulheres, sendo a idade média de 76 anos (METAXA, 2019).

Clinicamente, a NIE e a EI apresentam sinais e sintomas semelhantes e por isto é difícil diferenciá-las. Em muitos casos, a hipótese diagnóstica de EI associada à assistência à saúde é negligenciada entre pacientes idosos com múltiplas comorbidades devido à baixa especificidade da apresentação clínica usual (BUSSANI *et al*, 2019;). O diagnóstico, quando negligenciado, pode gerar complicações cardíacas e extra cardíacas de EI ou NIE, sendo responsáveis por uma morte súbita. Devido a essa dificuldade de diagnóstico, a endocardite geralmente só é descoberta durante a autópsia (BADDOUR *et al*, 2015, 2015; ZMAILI *et al*, 2021).

O diagnóstico de EI dá-se por meio dos critérios de Duke, estabelecidos no ano 2000 e que abrange critérios ecocardiográficos, biológicos, achados clínicos, hemocultura e sorologia, os quais são divididos em critérios maiores e menores. Caso o paciente apresente 2 critérios maiores ou 1 critério maior e 3 menores ou 5 critérios menores, é feito o diagnóstico positivo para a EI. Apesar da sensibilidade e especificidade dos critérios de Duke estarem próximo de 80%, eles não devem substituir o julgamento clínico (JS *et al*, 2000). O quadro abaixo expõe os critérios maiores e menores da classificação de Duke (SANTOS *et al*, 2019).

De acordo com os dados da literatura, há fatores de risco não modificáveis e modificáveis relacionados com a endocardite, o que

evidencia a necessidade de programas de educação e conscientização em saúde para a população. Quanto aos fatores de risco de acordo com a classificação da endocardite, destaca-se, na EI, o uso de drogas injetáveis, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, uso de válvulas protéticas, arritmias, predisposição à regurgitação valvar não relacionada à cardiopatia reumática e dispositivos intracardíacos (LIN *et al*, 2019; PIERCE *et al*, 2012). Lin e colaboradores realizaram um estudo retrospectivo entre os anos de 2009 e 20115 para a EI e, encontraram como fatores de risco não modificáveis, há a cardiopatia congênita (40,9%), o uso de válvulas protésica (36,3%), uso de cateter de hemodiálise (18,1%), doença reumática no coração (18,1%). Em relação aos fatores de risco modificáveis, há a hiperlipidemia, diabetes mellitus, o tabagismo, o etilismo, uso de drogas injetáveis, o histórico de extração dentária, a presença de marcapasso e o uso de dispositivos intracardíacos ou intravenosos (DUVAL *et al*, 2015; FALCES e MIRÓ, 2012; FERREIRA, 2013;). No caso da NIE, os fatores de risco são pacientes submetidos à cirurgia cardíaca prévia, cirurgia valvar, exposição passiva ao cigarro, doença cardíaca isquêmica, hipertensão arterial sistêmica, câncer de pulmão avançado, de ovário, de pâncreas, de cólon, de próstata e no sistema biliar (FOURNIER *et al*, 2010; REISNER *et al*, 2000; UMEOJIAKO, 2019; ZMAILI *et al*, 2021).

Quadro 1. Quadro com os critérios maiores e menores de Duke

Critérios maiores	Hemoculturas positivas	2 hemoculturas separadas com agentes típicos (S. viridans, S. bovis, bactérias do grupo HACEK; S. aureus ou enterococos adquiridos na comunidade); ou
		Agentes que podem causar endocardite isolados de forma persistente nas hemoculturas (2 amostras positivas colhidas com 12 horas de diferença ou 3 ou mais amostras positivas); ou
		Hemocultura ou sorologia positiva para coxiella burnetii
	Métodos de imagem positivos para endocardite	Ecocardiograma com vegetação, abscesso, fístula, pseudoaneurisma, perfuração de válvula ou folheto de prótese ou nova deiscência parcial de prótese valvar
		Atividade anormal em torno do local da implantação da válvula protética detectada por 18F-FDG PET/TC (somente após 3 meses do implante da prótese) ou leucócitos radiomarcados SPECT/TC
Lesões paravalvulares detectadas por TC cardíaca		

Critérios menores	Fatores predisponentes	Uso de drogas intravenosas ou cardiopatia predisponente
	Febre	Temperatura >38°C
	Fenômenos vasculares	Fenômenos vasculares
		Embolia arterial, embolia séptica para pulmões, aneurisma micótico, hemorragia intracraniana, hemorragia conjuntival, manchas de janeway
	Fenômenos imunológicos	Glomerulonefrite, nódulo de Osler, manchas de Roth ou presença de fator reumatoide
Evidência microbiológica	Hemoculturas positivas, mas que não preenchem critérios maiores	

Fonte: Santos *et al*, 2019.

Com o aumento da expectativa de vida, há um consequente aumento da incidência da endocardite, visto que o público mais atingido são os idosos. Dessa forma, aumenta-se o risco de morbimortalidade dessa população. Neste sentido, atentar-se, precocemente, para esta hipótese diagnóstica é um dos temas em constante debate na prática clínica diária. Um dos caminhos que podem ser percorridos é promover a educação da população frente a EI, incentivando a propagação de informações sobre as características epidemiológicas, dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis, das comorbidades clínicas associadas e da busca de atendimento multidisciplinar especializado.

No que concerne ao tratamento da EI, o farmacológico normalmente varia de quatro a seis semanas e consiste em antibioticoterapia. Entretanto, em alguns casos, o tratamento é cirúrgico (WANG *et al*, 2020). A cirurgia cardíaca é um componente importante no tratamento de 40 a 50% dos pacientes com EVP. A indicação para cirurgia tem como base as complicações relacionadas à patologia intracardíaca e na incapacidade de sanar a infecção com tratamento antimicrobiano (KIM *et al*, 2016). Segundo a *American Heart Association* (2015), a cirurgia precoce é recomendada para pacientes com EVP com sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca (IC), EI complicada por bloqueio cardíaco, abscesso anular ou aórtico ou lesão penetrante destrutiva, EVP causada por fungos ou outro organismo altamente resistente, bacteremia persistente apesar da antibioticoterapia apropriada por cinco a sete dias e/ou exclusão de outros locais de infecção.

Além disso, existem protocolos específicos para cada perfil de pacientes (WANG *et al*, 2020). Os pacientes com EI devido a

microrganismos bucais comuns devem ser submetidos a uma avaliação odontológica completa. Já para pacientes com EI devido a estreptococos do grupo D, a colonoscopia deve ser feita devido à associação entre esses organismos e a neoplasia do cólon. Já em indivíduos com cateter intravascular que desenvolvem EI, a remoção do cateter é justificada. E, por fim, os pacientes que usam drogas injetáveis devem ser oferecidos e inscritos em programas de tratamento e aconselhamento anti-dependência.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre a endocardite infecciosa para caracterizar a população quanto às suas características demográficas, apresentação clínica, comorbidades e fatores de risco. Nossa perspectiva é contribuir com uma melhor abordagem da endocardite infecciosa, na tentativa de auxiliar a comunidade para o diagnóstico precoce, a estratificação dos fatores de risco e a tomada de decisões de proteção, prevenção e promoção de saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa teve início em março de 2021 e foi concluída em julho de 2021, onde foram definidos, inicialmente, os descritores consultados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e no *Descritores em Ciências da Saúde* (DECs). Os termos definidos através dos descritores foram "Endocardite", "Endocardite Bacteriana" e "Endocardite infecciosa", acrescidos dos operadores booleanos AND ou OR para formar a estratégia de busca. Sendo utilizados os descritores em inglês e em português.

Consequente, foram estabelecidos os critérios de elegibilidade, divididos em critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos nos idiomas inglês e português, publicados entre os anos de 2015 e 2021 e que fossem estudos observacionais retrospectivos, prospectivos e ensaios clínicos associados ao tema em questão. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos artigos de revisão literária, relatos de caso, artigos não disponíveis na íntegra, duplicatas ou estudos que tivessem resultados inconclusivos em suas pesquisas.

Em seguida à escolha da estratégia de busca, buscou-se artigos publicados em revistas indexadas sobre a temática escolhida nas

seguintes bases de dados: *Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, *Serviço da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos para acesso gratuito ao Medline (PubMed)*, *The Scientific Electronic Library Online (ScieLo)* e *UpToDate*.

Durante a seleção dos artigos, no processo de leitura dos títulos e ainda na fase de triagem dos artigos satisfatórios, foram analisados os resumos e os artigos disponíveis na íntegra para compor a revisão. Por conseguinte, realizou-se a constituição de um banco de dados único.

Como método de extração dos dados dos artigos que compõem o estudo, utilizou-se o *software* de planilhas do *Google Docs*. Por meio de uma tabela, todas as informações relevantes para a pesquisa foram extraídas. Dessa forma, foi descrita as características relacionadas aos participantes (faixa etária, sexo), tipo de endocardite (infecciosa, que englobam os agentes etiológicos bacterianos e fúngicos), fatores de risco, comorbidades, intervenções médicas (cirúrgicas e/ou medicamentosas) e localidade do estudo em questão.

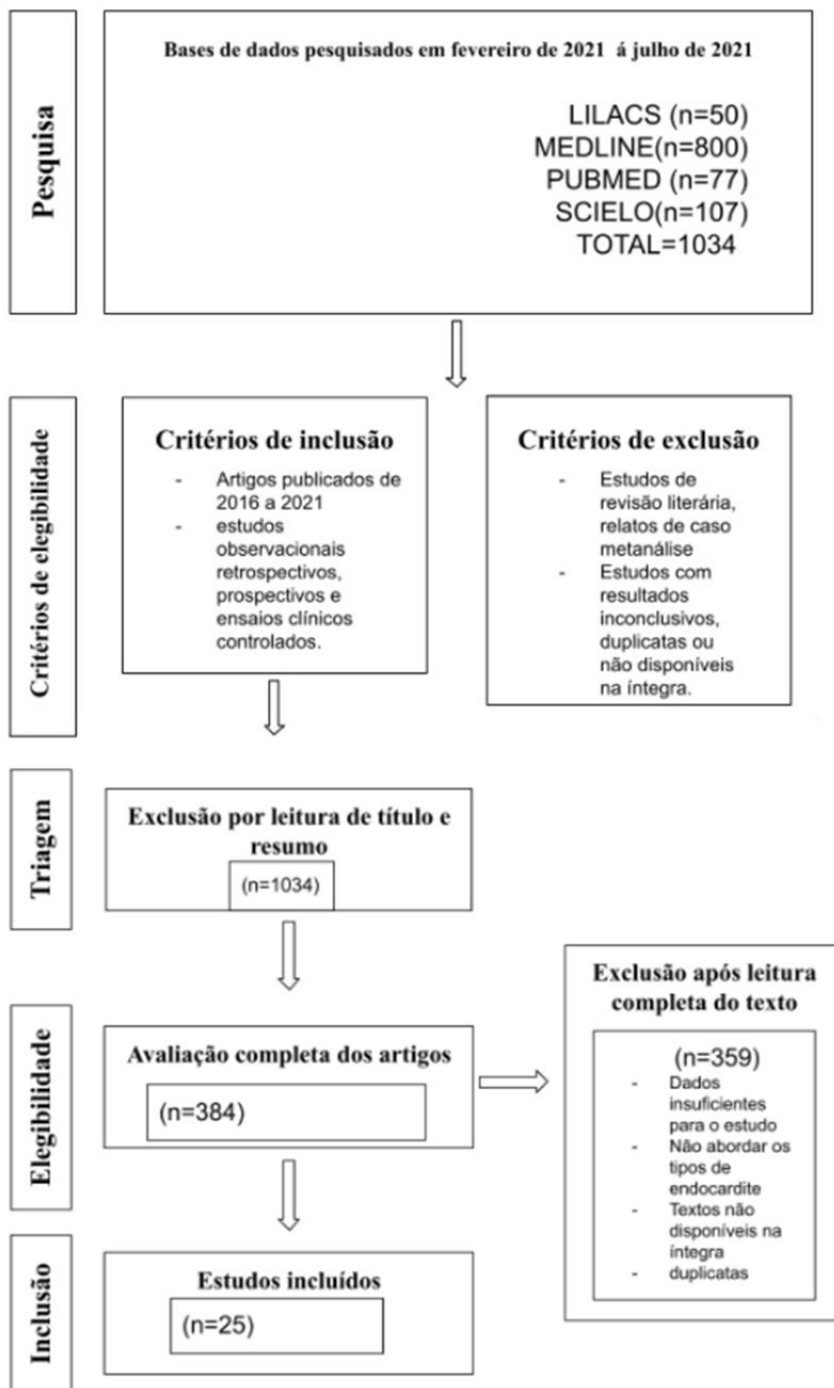
Quanto à exposição dos resultados, a média e o desvio padrão das características extraídas foram feitas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado da busca detalhada nas bases de dados LILACS, MEDLINE/ PubMed, SciELO, *UpToDate*, foram encontrados e selecionados 1034 artigos relevantes para leitura completa do título e resumo. Destes, 25 artigos cumpriram os critérios de elegibilidade e foram selecionados para a extração dos dados, como detalhados no Fluxograma abaixo (Figura 1).

Assim, os 25 estudos eleitos para compor esta revisão foram extraídos da base de dados Scielo (n=13) e Medline (n=12) e 72% (n=18) dos artigos foram do tipo retrospectivo, 16% (n= 4) foram do tipo observacional e 12% (n=3) foram do tipo prospectivo. Em termos de ordem cronológica, 2 artigos foram publicados no ano 2021, 9 no ano de 2020, 8 no ano de 2019, 2 no ano de 2018, 1 no ano de 2017 e 3 no ano de 2016.

Figura 1. Fluxograma da seleção do artigos.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Os estudos analisados contemplaram um total de 11.146 participantes com a EI (média de 398 participantes). Dentro desta amostra, 64,46% (n=7.185) eram do sexo masculino e 35,54% (n=3.961) do sexo feminino. A idade dos participantes variou de mais de 18 anos até 83 anos, o que mostra grande variabilidade no que concerne às características etárias entre os trabalhos. Alguns trabalhos (n=4) não foram específicos quanto à idade dos indivíduos. Dos trabalhos que reportaram as médias de idade, encontramos uma idade média de 54,6 ($\pm 10,23$) anos dos indivíduos aqui inclusos. Este perfil dos indivíduos (idade e sexo) está de acordo com o que está na literatura: homens com a faixa etária dos 47 aos 69 anos (CABELL *et al*, 2002; HOEN *et al*, 2002; ROCHA *et al.*, 2009; MELO *et al*, 2017; METAXA,2019; WANG *et al*,2020).

Onze artigos descreveram o patógeno responsável pela EI. Destes, 81,81% mencionaram o *Staphylococcus sp.* como o agente principal. Outras espécies citadas foram a *Pseudomonas aeruginosa* e o *Enterococcus spp* em 18,1% dos artigos e, apenas 9%, mencionou a *E. Coli*. Os agentes menos frequentes foram a *Klebsiella* e a *Serratia*.

No que concerne às comorbidades associadas com a EI, encontramos uma diversidade de condições. Dentre elas, as complicações cardíacas foram predominantes, estando presentes em 70% (n= 20) dos estudos incluídos. Tais complicações cardíacas foram: hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, arritmias e estenose aórtica. Adicionalmente, 45% dos indivíduos analisados eram portadores de diabetes mellitus e 40% possuíam doença renal crônica. Dos 11.146 indivíduos da amostra foi constatado Hepatite B em 37 pacientes (0,331%), vírus da imunodeficiência humana (HIV) em sete pacientes (0,062%) e neoplasia em seis pacientes (0,053%). A presença deste grupo de indivíduos na nossa pesquisa enfatiza a necessidade do estabelecimento de protocolos de identificação e encaminhamento precoce para centros médicos e cirúrgicos e transferência para unidades de cuidados intensivos para monitorização de complicações, com o objetivo de redução da mortalidade global.

Analisando os trabalhos que mencionaram os fatores de risco presentes para a EI, encontramos a cardiopatia congênita em 40,9% dos participantes, o uso de válvulas protésica em 36,3%, o uso de drogas injetáveis em 22,7%, o uso de cateter para hemodiálise em 18,1% e a

doença reumática no coração em 18,1% dos indivíduos da pesquisa. Outros fatores de risco citados, isoladamente, foram o tabagismo, o alcoolismo, o histórico de extração dentária, o uso de marcapasso, a hiperlipidemia e o uso de dispositivos intracardíacos ou intravenosos.

O tempo e/ou a duração não foram mencionados (LIN *et al*, 2019; SUNIL *et al*, 2019; PAZDERNIK *et al*, 2021). Tais fatores de risco foram divididos em modificáveis e não modificáveis, ou seja, os quais podem ser evitados, revertidos ou controlados para que se tenha uma menor probabilidade em desenvolver endocardite. Os fatores de risco não modificáveis foram a idade, o sexo, as cardiopatias congênitas (40,9%), o uso de válvulas protésicas (36,3%), o uso de cateter de hemodiálise (18,1%) e a doença reumática no coração (18,1%). Os fatores de risco modificáveis foram a hiperlipidemia, o tabagismo, o etilismo, o uso de drogas injetáveis, o histórico de extração dentária, a presença de marcapasso e o uso de dispositivos intracardíacos ou intravenosos.

Melo e colaboradores, em 2017, ao caracterizar 40 casos de endocardite infecciosa nos serviços de Medicina Interna de um hospital da região de Lisboa, num período de seis anos encontrou que, dentre os fatores de risco, predominaram os de risco clássicos: 12,5% dos doentes com válvula protésica, 10,0% com cardiopatia congênita e 7,5% com endocardite prévia. Sete doentes apresentavam um fator de risco "não-clássico": imunossupressão e utilização de drogas endovenosas (MELO *et al*, 2017). A literatura da área é concordante com tais resultados (BRASIL *et al*, 2020; PAZDERNIK *et al*, 2021; STECKELBERG, e WILSON, 1993; LIN *et al*, 2019; REN *et al*, 2019; SANDE *et al*, 1992; SUNIL *et al*, 2017)

Dessa forma, o médico generalista precisa ter conhecimento dos principais fatores que interferem e aumentam a chance do surgimento da EI, os quais englobam valvopatias, doenças reumáticas, alterações degenerativas e prolapso mitral com insuficiência valvar, prótese valvar, cardiopatia congênita cianótica e o uso de dispositivos implantados (MELO *et al*, 2017; STECKELBERG e WILSON, 1993; MARQUES *et al*, 2019, MILLAR *et al*, 2004; PAZDERNIK *et al*, 2021). Este grupo de indivíduos apresenta um maior risco de complicações, maior mortalidade e necessidade cirúrgica mais frequente, bem como maior monitoramento (REN *et al*, 2019; ROBINSON *et al*, 1997; THUNY e HABIB, 2010; MURDOCH *et al*, 2009).

Em relação aos fatores de risco modificáveis, o médico generalista pode compor uma equipe multidisciplinar com nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais a fim de educar a população e modificar os hábitos prejudiciais à saúde da população. Para isso, deve se montar um plano de ação, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020, 53,8% dos usuários não têm um trabalho e 64,7% apresentam renda domiciliar per capita inferior a um salário-mínimo, além de 32,3%, inseriam-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, demonstrando que grande parte da população atendida tem baixo poder econômico e informacional que influenciam no adequado e saudável estilo de vida.

Nesse contexto, com a finalidade de reduzir a incidência de hiperlipidemia, o tabagismo e o etilismo, é preciso buscar medidas educacionais, informacionais, de promoção, proteção e prevenção em saúde. Com base nesta óptica, faz-se necessária a concretização de instituições e espaços adequados para um bom funcionamento da atividade física, sempre com a direção de profissionais especializados (OMS, 2015).

Como se sabe, a hiperlipidemia é uma doença multifatorial, que depende tanto de fatores genéticos, quanto de fatores ambientais, em especial, do estilo de vida (obesidade, alimentação, sedentarismo, etilismo), além de poder ser secundário a outras condições, como diabetes mellitus e doenças cardíacas (FALUDI et al, 2017). O aumento do nível de colesterol no sangue está diretamente associado aos eventos cardiovasculares, entre elas a EI, e, conseqüentemente, com a elevação do risco de morte, como já observado na literatura (FALUDI et al, 2017; BADDOUR et al, 2015). A modificação dessa variável deve expandir-se para além das orientações higiene-dietéticas ("faça caminhadas", "se exercite", "se alimente bem", "coma mais frutas e verduras", "beba moderadamente") feitas pelo profissional de saúde, deve-se buscar mudanças no estilo de vida por meio de programas de promoção de saúde, rodas de conversa com a comunidade sobre saúde e alimentação, suporte psicológico, atividades físicas em locais abertos próximo a UBS com usuários com dislipidemia, obesidade, diabetes mellitus, tabagistas, etilistas e hipertensos, executadas pela equipe multidisciplinar da Atenção Primária à Saúde (FALUDI, 2017). Assim, a presença

de um educador físico nas Unidades de Saúde, para orientação quanto à prática atividades físicas, tanto em grupo como respeitando as limitações individuais é imprescindível.

Outros hábitos inadequados são o tabagismo e o etilismo. O primeiro deve ser estimulado a cessação. Assim, sempre perguntar ao paciente se ele pensa em parar de fumar, se já tentou, e, se for da vontade do paciente, encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento multidisciplinar com médico generalista e/ou psiquiatra e psicólogo para realização de acolhimento e planejamento medicamentoso e comportamental para cessação do tabagismo. Com essas medidas, promove-se a saúde e a prevenção da hiperlipidemia e do tabagismo e a ingestão consciente do álcool, e assim, como consequência, há a prevenção da endocardite infecciosa na população (ASSIS, 2005; OMS, 2015, WHO, 2005). O etilismo, por sua vez, deve ser desencorajado, sempre orientando reduzir a ingestão de álcool, e, caso paciente necessite de auxílio, encaminhar ao CAPS para acompanhamento com um psicólogo, encaminhamento psiquiátrico para amenizar crises de abstinência e fazer grupos de apoio para os etilistas, com número de participantes limitados na comunidade (WHO, 2005).

Com a finalidade de prevenir a EI, em extração dentária, o protocolo brasileiro permite e orienta o uso de antibiótico em um período de até 7 dias nos usuários pré-cirúrgico ou pós-cirúrgico para se evitar o desenvolvimento de infecções, abscessos e sepse com a capacidade de atingir a superfície do endocárdio. Essa ação depende tanto da conduta do cirurgião-dentista quanto da adesão da população ao tratamento, sendo necessário o repasse de informação, a orientação e o recebimento de um feedback do paciente para saber se houve o entendimento necessário para ser colocado em prática (BADDOUR *et al*, 2015).

Os fatores de risco, como o uso de marcapasso, dispositivos intracardiácos ou intravenosos são prevenidos pela promoção de saúde das doenças crônicas não transmissíveis, tais quais dislipidemia, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Sendo realizado rodas de conversas entre pacientes e profissionais sobre saúde, atividade física e alimentação. A educação alimentar com nutricionista, baseando se nas condições socioeconômicas dos pacientes e auxiliando na saúde

e controle de doenças desses indivíduos. Portanto, a orientação, a educação, a transferência de informações e a estratégia bem estruturada de uma promoção de saúde para a comunidade podem ser variáveis decisivas para a redução de fatores de risco relacionados a EI na população. Ademais, a visibilidade da endocardite como hipótese diagnóstica, apesar dos sintomas clínicos em diversos casos serem inespecíficos, permite um maior número de diagnósticos da doença, possibilitando seu tratamento e, dessa forma, aumentar as chances de vida, reduzindo a alta morbimortalidade característica dessa enfermidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, a endocardite infecciosa encontra-se entre as condições clínicas que apresentam uma alta taxa de morbimortalidade no mundo. Neste sentido, faz-se necessário acelerar o processo de diagnóstico, o entendimento dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis determinantes para etiologia e evolução da EI, bem como dos fármacos, das recomendações cirúrgicas e das suas técnicas. Assim, a comunidade científica, a comunidade médica e a população ficarão mais cientes e conscientes sobre a elaboração de estratégias de prevenção da patologia e com isso, reduzir o impacto da EI na qualidade de vida das populações atingidas.

A EI é o tipo mais prevalente das endocardites e os seus fatores de risco se relacionam com cardiopatias prévias, sendo a maior parte dos fatores de risco os não modificáveis e não preveníveis. Entretanto, os fatores de risco modificáveis apresentam-se como agravantes da EI e é imprescindível buscar formas de proteção, promoção e prevenção de saúde, por meio de medidas educativas higienodietéticas, mudanças no estilo de vida por meio de rodas de conversa com a comunidade sobre saúde e alimentação, suporte psicológico, atividades físicas, cessação do tabagismo, etilismo e controle de dislipidemia para reduzir a incidência desta enfermidade.

As limitações encontradas nesta revisão integrativa da literatura incluíram, principalmente, questões metodológicas como a falta do detalhamento das características sociodemográficas dos indivíduos, falta de padronização quanto à exposição dos dados referentes à condição clínica da EI, fatores de risco (modificáveis e não modificáveis), comorbidades e intervenções.

Apesar dessas limitações, esta revisão integrativa serviu para mostrar a sensibilidade que os profissionais de saúde que atuam neste segmento e da população em geral têm que ter sobre EI, tendo em vista a complexidade de se realizar seu diagnóstico. Além disso, essa revisão ratificou a importância de se identificar, clinicamente e precocemente, os fatores de risco modificáveis a fim de melhorar os desfechos, apesar da gravidade da doença. Outrossim, torna-se necessário o aprimoramento de trabalhos como este para a avaliação das notificações em saúde pública e elaboração de medidas preventivas que combatam a evolução da endocardite infecciosa.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Mônica. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005.

BADDOUR *et al.* American Heart Association. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. American College of Cardiology. v. 132, n. 15, p. 1435-1486, 2015.

BONOW RO, *et al.*; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease); Society of Cardiovascular Anesthesiologists. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease [published correction appears in J Am Coll Cardiol. 2007;49(9):1014]. J Am Coll Cardiol. 2006;48(3):e1–e148.

BRASIL. Pesquisa do IBGE mostra aumento da obesidade entre adultos Ministério da Saúde, 2020. Publicado em 21/10/2020 19h26. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/pesquisa-do-ibge-mostra-aumento-da-obesidade-entre-adultos>> Acessado: Janeiro 2022.

BUSSANI *et al.* Overview and Comparison of Infectious Endocarditis and Non-infectious Endocarditis: A Review of 814 Autoptic Cases. **In vivo**, v. 33, n. 5, p. 1565-1572, 2019.

CABELL C, *et al.* Changing patient characteristics and the effect on mortality in endocarditis. **Arch Intern Med.** 2002 Jan 14;162(1):90-4. doi: 10.1001/archinte.162.1.90

DUVAL, X, *et al.* Temporal trends in infective endocarditis in the context of prophylaxis guideline modifications: three successive population- based surveys. **Journal of the American College of Cardiology.** v. 59, n. 22, p. 1968-1976, 2015.

FALCES, B.; MIRÓ, J.M. Prevention of infective endocarditis: between progress in scientific knowledge and the lack of randomized trials. **Revista Española Cardiología.** Barcelona, v. 65, n. 12, p. 1072–1074, 2012.

FALUDI *et al* Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 109, n. 2, p. 1-79, 2017.

FERREIRA, A. S. Endocardite infecciosa – uma suspeita sempre presente. **Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar.** v. 29, p. 54-60, 2013.

FOURNIER PE, *et al*, Comprehensive Diagnostic Strategy for Blood Culture-Negative Endocarditis: A Prospective Study of 819 New Cases. **Clinical Infectious Diseases**, Volume 51, Issue 2, 15, Pages 131–140, 2010.

GURSUL *et al.* Clinical and microbiological findings of infective endocarditis. **J Infect Dev Ctries.** v. 10, n. 5, p. 478-487, 2016.

HABIB G, *et al.* Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2009;30(19):2369–2413. HILBIG *et al.* Infective Endocarditis in the Intravenous Drug Use Population at a Tertiary Hospital in Melbourne. **Heart and Lung Circulation**, v. 29, n. 2, p. 246-253, 2019.

HOEN B, *et al.* Changing profile of infective endocarditis: results of a 1-year survey in France. **Intern Med.** 162: 90–4; 2002.

JOON *et al.* Surgical outcomes of infective endocarditis among intravenous drug users. **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.** v. 152, n. 3, p. 832-841, 2016.

KARCHMER *et al.* Prosthetic valve endocarditis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. **UpToDate.** v. 68, n. 2, p. 373-375, 2021.

KIM, J. *et al.* "Surgical outcomes of infective endocarditis among intravenous drug users" **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery** Volume 152, Number 3; 2016.

LI *et al.* Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. **Clin Infect Dis** , v. 30, n. 4, p. 8-633, 2000.

LIN *et al.* Trends in Epidemiology: Analysis of Risk Factors and Outcomes of Infective Endocarditis: A Retrospective Study (2009–2015). **Cureus**, v. 11, n.1, p. 3910, 2019.

MARQUES *et al.* Risk Factors for In-Hospital Mortality in Infective Endocarditis. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 114, p. 1-8, 2020.

MELO *et al.* Infective Endocarditis: Review of All Cases in an Internal Medicine Department Over a 6 Year Period. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.** v. 24, n. 1, p.19-23, 2017.

METAXA *et al.* A silent assassin: marantic endocarditis. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 80, n. 11, 2019.

MILLAR *et al.* Emerging issues in infective endocarditis. **Emerg Infect Dis.** v. 10, n. 110, p. 6, 2004.

MURDOCH DR, *et al.* Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Pro prospective Cohort Study. **Arch Intern Med.**169:463-73, 2009.

Organização Mundial de Saúde – OMS. Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. OMS/MNC/CCH/. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

PAZDERNIK *et al.* Characteristics, management, and outcome of infective endocarditis in the Czech Republic: prospective data from the ESC EORP EURO-ENDO registry. **Bratisl Med J.** v. 122, n. 2, p. 95-100, 2021.

PIERCE D, *et al.* Infectious Endocarditis: Diagnosis and Treatment. **Am Fam Physician.** 15;85(10):981-986, 2012

REISNER SA *et al.* Echocardiography nonbacterial thrombotic endocarditis: From autopsy to clinical entity. **J Am Soc Echocardiogr**, 13 (9), pp. 876-881, 2000.

REN *et al.* A changing profile of infective endocarditis at a tertiary hospital in China: a retrospective study from 2001 to 2018. **BMC Infectious Diseases.** v.19, n. 945, p. 1-10, 2019.

ROBINSON DL, *et al.* Bacterial endocarditis in hemodialysis patients. **Am J Kidney Dis.** 30(4):521–524.1997.

ROCHA AAS *et al.* O que há de novo na profilaxia da endocardite bacteriana. Deve-se mudar a conduta atual? **Rev Bras Clin Med**,7:418-42, 2009

SANDE MA, *et al.* Endocarditis in intravenous drug users. In: Kaye D, ed. Infective Endocarditis. New York, NY: Raven Press; 1992:345.

SANTOS *et al.* **Cardiologia Cardiopapers.** 2019.

STECKELBERG JM e WILSON WR. Risk Factors for Infective Endocarditis. Infectious **Disease Clinics of North America.** Volume 7, Issue 1, Pages 9-19, 1993.

SUNIL *et al.* Evolving trends in infective endocarditis in a developing country: a consequence of medical progress?. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials.** v. 18, n. 43, p 1-9, 2019.

THUNY F e HABIB G. When should we operate on patients with acute infective endocarditis? **Heart**. 96: 892–97, 2010.

UMEQJIAKO, *et al.* Atypical marantic endocarditis. **BMJ Case Rep.**, v.12, n.2, 2019.

WANG, *et al.* Overview of management of infective endocarditis in adults. UpToDate, 2020.

ZHENZHU, *et. al.* Epidemiology and risk factors of infective endocarditis in a tertiary hospital in China from 2007 to 2016. **BMC Infectious Diseases**. v. 20, n. 428, p. 1-10, 2020.

ZMAILI MA, *et al.* A Contemporary 20-Year Cleveland Clinic Experience of Nonbacterial Thrombotic Endocarditis: Etiology, Echocardiographic Imaging, Management, and Outcomes. **The American Journal of Medicine**. Volume 134, Issue 3, Pages 361-369, March 2021.

World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005. 60p.: il. Título original inglês: Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8 ISBN



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 12

FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA

CLENISE LILIANE SCHMIDT

Diante de um cenário de aumento acelerado da proporção de idosos na população, concomitante ao aumento da expectativa de vida, faz-se necessária a elaboração de estratégias de reconhecimento e enfrentamento dos aspectos que aumentam a vulnerabilidade e causam fragilidade nesse grupo. Isso porque o envelhecimento é um processo multifatorial, permeado por inúmeros condicionantes.

A fragilidade e a vulnerabilidade na pessoa idosa estão diretamente relacionadas a perda da capacidade funcional, maior ocorrência de complicações de saúde e de internações hospitalares, impactando negativamente na qualidade de vida do indivíduo. O aumento da fragilidade repercute ainda em gastos significativamente maiores para o sistema público de saúde, que necessita dispor de serviços de maior complexidade para dar conta das demandas geradas pelos idosos fragilizados.

Nessa perspectiva, a avaliação multidimensional da pessoa idosa pode contribuir para a identificação precoce dos aspectos de vulnerabilidade que geram maior fragilidade. Isso possibilita que as equipes de saúde elaborem condutas mais assertivas em relação às necessidades afetadas. Outro ponto relevante inclui a implementação de ações sistematizadas dentro dos serviços públicos de saúde, a partir de equipes multidisciplinares, que garantam uma abordagem integral e individualizada ao idoso.

Quando a temática é vulnerabilidade e fragilidade, ainda há um vasto território a ser explorado, especialmente no que se refere às linhas de cuidados e/ou fluxos assistenciais. Trata-se de uma rede complexa de ações e serviços que precisam estar alinhadas e organizadas para o alcance do mesmo objetivo final: promover a qualidade de vida e o envelhecimento saudável! Afinal, se afirmamos que a fragilidade influencia diretamente na qualidade de vida do idoso, precisamos avançar em formas de prevenir, postergar e identificar precocemente os sinais que levam a tal situação, a fim de minimizar os danos.

A partir dessa discussão, a área temática de “Vulnerabilidade e Fragilidade da pessoa idosa” se propõe a compartilhar saberes e instigar reflexões que alterem a prática profissional cotidiana! Para tanto,

aqui são abordadas questões relacionadas ao aumento da fragilidade em idosos, seja pelo modelo de atenção, pelas condutas profissionais ou mesmo pelos fatores predisponentes de cada indivíduo, assim como suas possíveis formas de enfrentamento. O conhecimento desta temática se constitui imprescindível para atuação na gerontologia! Desejo uma ótima leitura e profundas reflexões!

Clenise Liliane Schmidt

IFPR

RISCO PARA VIOLÊNCIA E SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

RENATA CLEMENTE DOS SANTOS-RODRIGUES

Doutoranda no curso de Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, renata.clemente@hotmail.com;

GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO-MONTEIRO

Doutoranda no curso de Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, gleicy.kna@hotmail.com;

ANA MÁRCIA NÓBREGA DANTAS

Doutoranda no curso de Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, am_nobrega@hotmail.com;

RAFAELLA QUEIROGA SOUTO

Doutor pelo Curso de Enfermagem da Universidade de São Paulo- USP, rqs@academico.ufpb.br.

RESUMO

Objetivo: avaliar a relação entre o risco para violência, a síndrome da fragilidade e as variáveis sociodemográficas entre idosos hospitalizados. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, realizado em dois hospitais universitários do estado da Paraíba. Período de coleta de dados foi de julho a setembro de 2019 na cidade de João Pessoa e outubro de 2019 a fevereiro de 2020 no município de Campina Grande. A população foi constituída por 323 idosos e a amostra por 114 idosos, o processo de amostragem se deu de forma não probabilística, por cota, distribuídos de forma proporcional entre os setores. Os instrumentos de coleta de dados foram: Brazil Old Age Schedule, Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test e Edmonton Frail Scale.

Resultados: houve prevalência do risco para violência entre os idosos do sexo feminino (61,4%), que reside com alguém (69,8%), com filhos (67,1%) e houve significância entre aqueles que residem com netos e o risco para violência ($p=0,04$). No tocante à síndrome da fragilidade é observado predominância entre o risco para a violência e a fragilidade grave (75,0%). O coeficiente de correlação demonstrou que existe significância estatística entre o risco para violência e o número de pessoas que residem na casa ($p=0,01$) e a fragilidade ($p<0,001$). **Conclusão:** o arranjo de moradia da pessoa idosa apresenta implicações para maiores riscos de violência na pessoa idosa, sobretudo entre aquelas que residem com filhos e netos. O risco da ocorrência da violência também se relaciona com a fragilidade na pessoa idosa, sobretudo em casos mais graves.

Palavras-chave: Risco para Violência, Idoso, Síndrome da Fragilidade, Assistência Hospitalar.

INTRODUÇÃO

Envelhecer consiste na redução da reserva funcional do indivíduo de maneira fisiológica e progressiva, entretanto, em virtude da mudança no perfil demográfico e epidemiológico, além da diminuição da reserva funcional associa-se ao envelhecimento o surgimento de doenças de caráter crônico não transmissíveis com potencial para causar sequelas na pessoa idosa, incapacitá-la para realização de atividades básicas diárias e a vulnerabilidade a violência (WHO, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O fenômeno da violência é encarado de forma multifacetada, uma vez que apresenta múltiplas faces de apresentação social, em que se deve considerar as condições ambientais, sociais, econômicas, educacionais, religiosas e de saúde do indivíduo a fim de conseguir identificar situações de risco para sua ocorrência.

No tocante à pessoa idosa, de acordo com a literatura, os fatores de risco mais comuns estão relacionados ao sexo feminino, idade mais avançada, baixa renda, ambiente familiar conflituoso, independência funcional comprometida, idosos com declínio cognitivo, isolamento social, uso de substâncias lícitas ou ilícitas e carência de apoio social (COOPER *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2020a; STOREY, 2020; PILLEMER, *et al.*, 2016).

Acrescido aos fatores acima citados, a síndrome da fragilidade também pode ser considerada como um fator de risco para violência contra pessoa idosa (VCPI), estudo desenvolvido indica que quanto maior os indicadores de fragilidade mais vulnerável a pessoa idosa se encontra para experimentar situações de violência (SANTOS *et al.*, 2020a).

Conceitua-se Síndrome da Fragilidade como uma síndrome geriátrica de caráter multidimensional e multideterminado, influenciada por eventos físicos, cognitivos, psicológico, sociais e ambientais, alteração do sistema musculoesquelético, motor e na capacidade funcional do corpo, acarretando a maior vulnerabilidade do estado do idoso, resultando em condições desfavoráveis a sua saúde. Pode-se ainda afirmar que esta síndrome é um evento inerente ao envelhecimento (ANDRADE *et al.*, 2012; MORLEY *et al.*, 2013 ; SANTOS *et al.*, 2020b).

A síndrome da fragilidade é considerada um grande problema da geriatria moderna, possui alta prevalência e está associada a

mortalidade, prolongamento da internação, incapacidades, quedas e risco de violência (SANFORD *et al.*, 2020; CHONG *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2020b). O fenótipo de fragilidade mais comumente utilizado para discussão da síndrome é o proposto por Fried *et al.* (2001), na qual define a fragilidade como um conjunto de características que resultam de relações entre o código genético do indivíduo, o meio ambiente e o seu genótipo.

Um estudo realizado no sudeste do Brasil com idosos comunitários, aponta a existência de relação entre fragilidade e a ocorrência da violência física e verbal (BELISÁRIO *et al.*, 2018). Outra pesquisa com idosos que vivem em um centro comunitário, no México, evidencia aqueles que apresentam a síndrome da fragilidade são acometidos a atos de violência (TORRES-CASTRO *et al.*, 2018).

Pesquisa desenvolvida com objetivo de identificar fatores associados à Síndrome da Fragilidade na pessoa idosa atendida em unidade de pronto atendimento observou que aqueles que são classificados como frágeis, tem 4,24 mais chances de experimentar o risco para violência (SANTOS *et al.*, 2020b). Entretanto, ao pesquisar a relação sobre a incidência do risco de violência em idosos hospitalizados com síndrome de fragilidade, observa-se uma escassez de evidências científicas, embora a fragilidade tenha se tornado um componente importante na avaliação dos idosos hospitalizados (MENG *et al.*, 2021).

Considerando o exposto, questiona-se: existe relação entre o risco para violência, a síndrome da fragilidade e as variáveis sociodemográficas entre idosos hospitalizados? Então o presente estudo teve como objetivo: avaliar a relação entre o risco para violência, a síndrome da fragilidade e as variáveis sociodemográficas entre idosos hospitalizado

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo multicêntrico, quantitativo, descritivo, de corte transversal. Foi realizado em dois hospitais universitários do estado da Paraíba: Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) vinculado a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

O período de coleta de dados foi de julho a setembro de 2019 (HULW/UFPB) e outubro de 2019 a fevereiro de 2020 (HUAL/UFCG),

sendo realizada nos seguintes setores: para o HULW/UFPB foram a clínica médica, cirúrgica, Unidade de Doenças Infectocontagiosa e Parasitárias (DIP), Ambulatório de geriatria e de Psicogeriatrics; enquanto que para o HUAL/UFCG foram a Ala A Cirúrgica, Ala B Pneumo, Ala C Clínica feminina e Ala D Clínica Masculina. A escolha desses setores se deu devido ao fato de possuírem uma maior prevalência de idosos em atendimento.

Os critérios de inclusão do estudo foram: indivíduos com 60 anos ou mais que estivessem recebendo assistência hospitalar nos setores selecionados, sendo excluídos aqueles que estavam em estágio terminal (n=23), dificuldade grave de comunicação (n=12), condições clínicas que impossibilitou a sua participação (n=10) e declínio cognitivo grave (n=1) que foi avaliado pelo entrevistador ou comunicado pela equipe do setor.

O quantitativo amostral foi realizado por meio da fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, dada por:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Em que,

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = prevalência esperada de violência contra o idoso (p = 0,6); ou de idosos em situação de violência;

q = prevalência esperada de idosos que não são vítimas de violência (p = 1 - p = 1 - 0,6 = 0,4); que não se encontram em situação de violência; d = erro amostral (d = 0,05);

N = Número esperado total de idosos (N=1259).

A população do estudo representa a quantidade de idosos assistidos nos respectivos setores de atendimento, obtida nos meses destinados à coleta de dados do ano anterior, totalizando 774 idosos no HULW/UFPB e 485 no HUAC/UFCG. Sendo assim, o quantitativo final de idosos foi 285 participantes, sendo acrescidos 13% de perdas, constituindo um quantitativo final de 323 idosos. O processo de amostragem se deu de forma não probabilística, por cota, sendo distribuídos de forma proporcional entre os setores.

Os instrumentos de coleta de dados foram: para os dados sociodemográficos o Brazil Old Age Schedule (BOAS) (VERAS *et al.*, 1988), para

avaliar o risco para violência Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) (REICHENHEIM; PAIXÃO JR; MORAES, 2008) e Edmonton Frail Scale (EFS) para avaliação da fragilidade (NEALE *et al.*, 1991).

O BOAS é um instrumento que possibilita uma análise multidimensional da saúde do idoso, contemplando aspectos que vão desde os dados sociodemográficos à avaliação multidimensional da saúde do idoso (VERAS *et al.*, 1988). Para esse estudo, foram extraídos os dados referentes ao sexo, idade, estado conjugal, anos de estudo, saber ler e escrever, arranjo de moradia, atividade laboral e renda.

O H-S/EAST é um instrumento americano, que foi adaptado para o cenário brasileiro e contém 15 questões dicotômicas que avaliam o risco para violência que o idoso vivencia, contemplando não somente sinais específicos de violência, como também as circunstâncias correlatas. Um escore de três ou mais classifica o idoso com risco para violência (REICHENHEIM; PAIXÃO JR; MORAES, 2008).

A ESF é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar o nível de fragilidade que esse indivíduo apresenta, contendo nove domínios que possibilitam a classificação em níveis de fragilidade de acordo com os escores pré-estabelecidos. A pontuação máxima dessa escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4 não apresenta fragilidade, 5-6 aparentemente vulnerável, 7-8 fragilidade leve, 9-10 fragilidade moderada, 11 ou mais fragilidade grave (STORTI *et al.*, 2013).

Foram realizados treinamentos com os coletadores, com duração de quatro horas cada, a fim de capacitá-los a cumprir o rigor metodológico e preceitos éticos de uma pesquisa científica, sendo a equipe composta por 24 alunos da graduação, 9 da pós-graduação e 5 profissionais. Além disso, os protocolos foram revisados por dois integrantes habilitados para tal função.

Os dados foram tabulados em dupla entrada e analisados no SPSS, versão 26.0. A análise se deu mediante estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (Teste Qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fisher, Teste de Correlação de Spearman). O Teste Exato de Fisher foi utilizado nos casos em que o número de caselas com frequência inferior que 5 foi acima de 20%. Para todas as análises, foi utilizado o nível de significância de 5% (p -valor < 0,05).

O teste não paramétrico foi escolhido devido ao resultado do Teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov, em que a distribuição dos dados apresentou uma tendência a não normalidade, justificando a sua utilização.

O estudo integra um projeto guarda-chuva intitulado "Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e do HUAL/UFCG parecer de nº 3.594.339. A fim de realizar uma avaliação de apenas um município, foi realizado um recorte para utilizar apenas os dados referentes ao HUAL/UFCG para esse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compôs a amostra 114 idosos, do sexo feminino (n=57; 50,0%) e masculino (n=57; 50,0%), com idade entre 70 a 79 anos (n=50; 43,9%); com três anos ou menos de estudo (n=68; 59,6%), sem companheiro (n=58; 50,9%), que moram com alguém (n= 105; 92,1%). A maioria indicou residir com esposo (a) (n=61; 58,1%), com filhos (n=70; 61,4%) e não residir com netos (n=91; 79,8%). A maioria dos participantes indicaram não realizar trabalho remunerado (n=91; 79,8%) e que tem renda entre 1 e 2 salários mínimos (n=94; 82,5%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra. Campina Grande, Paraíba, Brasil (N= 114)

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	57	50,0
Feminino	57	50,0
Idade		
60 a 69 anos	48	12,1
70 a 79 anos	50	43,9
80 ou mais	16	14,0
Anos de estudo		
Menor ou igual a 3 anos	68	59,6
4 a 11 anos	39	34,2
12 ou mais anos	7	6,1
Estado civil		
Sem companheiro (a)	58	50,9

Variável	N	%
Com companheiro (a)	56	49,1
Arranjo de moradia		
Sozinho	9	7,9
Com alguém	105	92,1
Reside com esposo (a)		
Sim	61	58,1
Não	44	41,9
Reside com filhos (as)		
Sim	70	61,4
Não	35	30,7
Reside com netos		
Sim	35	33,3
Não	70	66,7
Realiza trabalho remunerado		
Sim	23	20,2
Não	91	79,8
Renda		
Até 1 salário mínimo	12	10,5
Entre e 2 salários	94	82,5
Acima de 2 salários	8	7,0
Classificação de Fragilidade		
Sem fragilidade	43	37,7
Fragilidade Leve	16	14,0
Fragilidade Moderada	30	26,3
Fragilidade Grave	25	21,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

À medida que os anos de vida se estendem, tendem a incidir maiores problemas de saúde, agravos e vulnerabilidades à pessoa idosa, entre eles maior risco para síndrome da fragilidade e o risco para violência. Estudo realizado na Alemanha, com 1.577 idosos evidenciou que quanto maior a idade, mais a síndrome da fragilidade é reconhecida na população idosa (ZIMMERMANN *et al*, 2021). No entanto, isto dependerá da idade subjetiva do paciente, é o que revela uma pesquisa com idosos, na qual os que possuíam uma idade subjetiva menos avançada do que a cronológica estão menos propensos a adquirir a síndrome da fragilidade (LI *et al*, 2021).

No tocante ao risco para violência, a população idosa entre 60 e 80 apresenta maior vulnerabilidade para o desfecho violento (PAIVA; TAVARES, 2015). Adiciona-se a idade a baixa escolaridade como fator de risco para VCPI (HOHENDORFF *et al.*, 2018).

A variável "arranjo de moradia" é pertinente na investigação tanto do risco de violência quanto a síndrome da fragilidade. Consta-se que há aumento do risco de violência aos idosos que moram com alguém e os idosos que moram sozinhos e sem companheiro há maior probabilidade em adquirir a síndrome (SANTOS *et al.*, 2020a; SANTOS *et al.*, 2020b).

O trabalho remunerado e a renda são variáveis importantes para verificar o risco de violência em idosos, pesquisa com amostra de 23.694 idosos colombianos, mostrou que os de baixa renda tinham probabilidade aumentada para o risco de violência (CURCIO *et al.*, 2019).

Especificamente sobre a síndrome da fragilidade, o presente estudo evidencia que a maioria dos idosos foi classificado como não frágil (n=43; 37,7%), seguido de fragilidade moderada (n=30; 26,3%), fragilidade grave (n=25; 21,9%) e fragilidade leve (n=16; 14,0%).

A observância desses dados é significativa considerando dois pontos de vista da área da saúde. O primeiro a se considerar é a possibilidade de observar que apesar da maioria dos idosos participantes da amostra do estudo serem com idade predominante entre 70 e 79 anos, a maioria foi classificado como não frágil, evidenciando assim, a importância de ações que previnam o surgimento da síndrome e então a prevenção dos desdobramentos dos seus respectivos agravos. Segundo, considerando a quantidade de idosos classificados como frágeis é necessário que profissionais da saúde observem os fatores que determinam a particularidade de cada idoso e buscar intervir nas limitações e possíveis complicações que possam vir a acometê-lo.

A tabela 2 expressa a associação entre o risco para violência e as variáveis de caracterização da amostra e a fragilidade, embora não tenha apresentado significância, é possível observar pela apresentação dos dados que o risco para violência é mais prevalente entre idosos do sexo feminino (n=35; 61,4%), com idade entre 70 e 79 anos (n=32; 64,0%), com até três anos de estudo (n=43; 64,2%), que não realiza trabalho remunerado (n=55; 61,1%), com renda entre 1 e 2 salários mínimos (n=59; 63,4%).

Os dados apresentam que o risco para violência existe de forma mais predominante entre aqueles sem companheiro (n=37; 69,8%), mas que reside com alguém (n=64; 61,5%), essa moradia não é com o esposo/companheiro (n=31;70,5%), mas o risco para violência incidu de forma mais prevalente entre aqueles que residem com filhos (n=47; 67,1%) e o risco para violência e residir com netos apresentou significância do ponto de vista estatístico (p=0,04).

Dentro da classificação da fragilidade é observado predominância do risco para violência entre aqueles idosos classificados com fragilidade grave (n=18; 75,0%).

Tabela 2 - Associação do risco para violência e as variáveis sociodemográficas e de fragilidade. Campina Grande, Paraíba, Brasil (N= 114)

Variáveis	Risco para Violência		p-valor
	Sem N (%)	Com N (%)	
Sexo			
Masculino	22 (39,3)	34 (60,7)	0,54*
Feminino	22 (38,6)	35 (61,4)	
Idade			
60 a 69 anos	20 (42,6)	27 (57,4)	0,80*
70 a 79 anos	18 (36,0)	32 (64,0)	
80 ou mais	6 (37,5)	10 (62,5)	
Anos de estudo			
Menor ou igual a 3 anos	24 (35,8)	43 (64,2)	0,57**
4 a 11 anos	16 (41,0)	23 (59,0)	
12 ou mais anos	5 (57,1)	3 (42,9)	
Estado Civil			
Sem companheiro (a)	21 (36,2)	37 (69,8)	0,33*
Com companheiro (a)	23 (41,8)	32 (58,2)	
Arranjo de moradia			
Sozinho	4 (44,4)	5 (55,6)	0,49**
Com alguém	40 (38,5)	64 (61,5)	
Reside com esposo (a)			
Sim	27 (45,0)	3 (55,0)	0,08*
Não	13 (29,5)	31 (70,5)	
Reside com filhos (as)			
Sim	23 (32,9)	47 (67,1)	0,27*
Não	17 (50,0)	17 (50,0)	

Variáveis	Risco para Violência		p-valor
	Sem N (%)	Com N (%)	
Reside com netos			
Sim	9 (25,7)	26 (74,3)	0,04*
Não	31 (44,9)	38 (55,1)	
Realiza trabalho remunerado			
Sim	9 (39,1)	14 (60,9)	0,58*
Não	35 (38,9)	55 (61,1)	
Renda			
Até 1 salário mínimo	6 (50,0)	6 (50,0)	0,55**
Entre e 2 salários	34 (36,6)	59 (63,4)	
Acima de 2 salários	54 (50,0)	4 (50,0)	
Classificação de Fragilidade			
Sem fragilidade	21 (48,8)	22 (51,2)	0,14*
Fragilidade Leve	8 (50,0)	8 (50,0)	
Fragilidade Moderada	9 (30,0)	21 (70,0)	
Fragilidade Grave	6 (25,0)	18 (75,0)	

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

Os dados apontam que os indivíduos do sexo feminino possuem um risco maior para sofrerem violência. Esse é um dado que possibilita diferentes reflexões, tais como o processo de feminização da velhice em que o número de mulheres idosas é maior, em decorrência do fato que os homens apresentam uma prevalência maior de morte por causas externas provenientes de acidentes de trânsito (SOUSA *et al.*, 2021; BRANDÃO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020a).

Além disso, as mulheres buscam os serviços de saúde em caráter preventivo, diferente dos homens que a procura se dá quando uma doença já se encontra instalada (BRANDÃO *et al.*, 2021). Esse fato reflete em uma maior expectativa por parte das mulheres idosas, no entanto, essa longevidade muitas vezes está relacionada a uma maior exposição a fatores como a violência, principalmente quando esses indivíduos possuem uma maior dependência do seu cuidador (SOUSA *et al.*, 2021).

O aumento da idade também é um fator que pode interferir na necessidade do idoso em precisar de apoio para executar as atividades

da vida diária, de modo que com a diminuição da independência desse indivíduo, a necessidade de terceiros reflete no aumento da vulnerabilidade do idoso a ser vítima de violência (RAPOSO *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2020). A sobrecarga de funções do cuidador impacta nessa exposição do idoso a violência, tornando-o mais propenso a realizar atos violentos (SANTOS *et al.*, 2021).

O nível de escolaridade diminuído para aqueles indivíduos que estão em maior risco de sofrer violência é um aspecto que pode influenciar também na percepção do idoso quanto a violência, devido ao fato de que este passa a compreender o ato violento como sendo proveniente da dificuldade de entender as orientações de saúde fornecidas e não conseguir realizar as condutas de forma adequada sem orientação de pessoas próximas (SANTOS *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2021).

Diante disso, o processo de naturalização da percepção da violência é reflexo da baixa denúncia por parte dos idosos, principalmente porque não ocorre a busca pelos serviços de saúde com o problema principal sendo a violência, mas sim as consequências atreladas a esse fenômeno, a depender da intensidade e frequência do ato violento (SOUSA *et al.*, 2021; ALARCON *et al.*, 2020).

O idoso que se mantém em atividade laboral se sente mais ativo e consegue se enxergar como sendo uma pessoa útil para a sociedade, entretanto, devido algumas limitações funcionais e psicológicas decorrentes do envelhecimento, o desempenho da sua função é muitas vezes comprometido (SANTOS *et al.*, 2020). Nesse sentido, o fato do idoso se aposentar e não continuar exercendo um trabalho possibilita que o tempo no ambiente domiciliar seja maior e, conseqüentemente, maior a sua exposição a violência por parte dos familiares e cuidadores (SANTOS *et al.*, 2020b).

Em diversas situações, o idoso é a pessoa da casa que recebe uma renda maior e se torna provedor da casa, aumentando a sua vulnerabilidade a violência, especificamente a violência financeira (SANTOS *et al.*, 2019). Observa-se o predomínio de situações em que os demais membros da família são as pessoas que manuseiam o dinheiro desse idoso, destinado apenas para o pagamento das despesas de casa e gastos com filhos e netos (MENEGUCCI *et al.*, 2020), sendo então considerada violência financeira.

A discussão da violência financeira se estende na utilização dos recursos da pessoa idosa por terceiros, que acaba por impactar

diretamente na sua autonomia e na utilização do seu sustento, de modo que por vezes o idoso vivencia violências somáticas como a negligência evidenciada por condições de higiene precárias, uso de roupas velhas e desnutrição (SANTOS *et al.*, 2020).

Ao correlacionar o escore do risco para violência com a fragilidade e as variáveis numéricas do estudo, verificou-se correlação significativa entre o número de residentes e o escore de fragilidade. Pode-se então compreender que quanto maior o número de pessoas que residem na casa ($p=0,01$), maior o risco para ocorrência da violência e quanto maior o escore de fragilidade, mais exposto ao risco para violência o idoso se encontra ($p<0,001$).

Tabela 3 - Correlação entre o escore do risco para violência e as variáveis numéricas do estudo. Campina Grande, Paraíba, Brasil (N= 114)

Variável	Escore do risco para violência	
	Coefficiente de correlação	p-valor*
Anos de idade	0,08	0,38
Anos de estudo	-0,12	0,17
Número de residentes na casa	0,25	0,01
Escore de fragilidade	0,29	<0,001

Nota: *Teste de Correlação de Spearman.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019-2020.

A quantidade de pessoas que reside no idoso foi observada como um fator que influencia no risco para violência que este indivíduo vivencia, uma vez que o idoso possui uma probabilidade maior de ser agredido por alguma dessas pessoas. Esse dado poderia ser positivo se todas essas pessoas assumissem responsabilidades de apoio para o idoso, diminuindo a sobrecarga do cuidador, no entanto, essa não é a realidade observada na maioria dos casos (ALVES; SERRÃO, 2018).

Uma situação que acontece comumente com o idoso no ambiente familiar é o abandono, haja vista, a família coloca o idoso para dormir em um cômodo separado e nos momentos de reunião de todos os membros o idoso permanece isolado dos demais (ROCHA *et al.*, 2018). Esse fato impacta no convívio social desse indivíduo, tornando maior a probabilidade de desenvolver transtornos mentais (SANTOS *et al.*, 2020).

No tocante à fragilidade, os dados apontaram uma maior prevalência de risco para violência entre aqueles que foram classificados com fragilidade grave, bem como uma correlação significativa do escore de fragilidade. O fato do idoso ser mais frágil demonstra que esse indivíduo é mais propenso a desenvolver outras complicações como o declínio funcional, déficit cognitivo, transtornos mentais, risco para violência e, conseqüentemente, menor qualidade de vida (BEZERRA; SAMPAIO, 2020; SANTOS *et al.*, 2020a; SANTOS *et al.*, 2020b).

A fragilidade é um aspecto que se apresenta relacionado ao risco para violência, sendo evidenciado em diferentes estudos (SANTOS *et al.*, 2020a; SANTOS *et al.*, 2020b; SANTOS *et al.*, 2018; BEZERRA; SAMPAIO, 2020). Nesse sentido, é imprescindível que seja realizada a avaliação da fragilidade de forma contínua durante a avaliação multidimensional desse indivíduo, de modo a prevenir maiores agravos para esses indivíduos (SANTOS *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde identifiquem sinais que apontem para uma maior vulnerabilidade desse indivíduo a situações de violência, bem como, implemente ações que possam minimizar os danos para os idosos que já foram vítimas de violência e evitar que outros indivíduos venham a ser.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante observação dos achados do presente estudo é possível concluir que compreender a relação de risco para violência e algumas características da população idosa, pode viabilizar a implementação de medidas de prevenção da ocorrência do desfecho violento nesta população.

A ênfase dos dados incide sobre o arranjo de moradia em que a pessoa idosa reside, que corrobora com a literatura, na qual indica que o principal ambiente de ocorrência da violência contra o idoso na sua própria residência, perpetrado por um parente. No presente estudo, o maior risco não esteve relacionado ao relacionamento conjugal e sim a residir com filhos (as) e netos (as). Cabe aos profissionais da saúde identificar essas modalidades de arranjo de moradia e permanecer atento a possíveis sinais sugestivos de violência contra a pessoa idosa, para que intervenha o mais precoce possível a fim de evitar sua ocorrência e ou minimizar seus impactos.

Por fim, pôde-se confirmar a relação entre a síndrome da fragilidade e o risco para violência na população idosa, no qual os casos mais avançados da síndrome aumentam a sua vulnerabilidade para a violência. A prevenção da ocorrência da fragilidade na pessoa idosa irá beneficiar esta população de diversas formas, incluindo a prevenção de agravos no processo de envelhecimento, especialmente na ocorrência da violência.

REFERÊNCIAS

ALARCON, M. F. S. *et al.* Percepção do idoso acerca da violência vivida. **Revista Baiana de Enfermagem**, V. 34, 2020.

ANDRADE, A.N. *et al.* Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, V. 21, N. 4, P. 758-756, 2012.

ALVES, C. S.; SERRÃO, C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. **PAJAR-Pan American Journal of Aging Research**, V. 6, N. 2, P. 58-71, 2018.

BRANDÃO, B. M. L. S. *et al.* Risco de violência e capacidade funcional de idosos hospitalizados: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V. 55, 2021. BELISÁRIO, M. S. *et al.* Estudo transversal sobre a associação entre fragilidade e violência contra idosos comunitários no Brasil. **Revista Médica de São Paulo [online]**, V. 136, N. 1, P. 10-19, 2018.

BEZERRA, P. C. L.; SAMPAIO, C. A. Prevalência de violência e fatores associados em idosos de unidades de saúde em uma capital da Amazônia ocidental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, V. 12, N. 8, P. e3434-e3434, 2020.

COOPER, C. *et al.* The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. **International Psychogeriatrics**, V.21, N. 4, P. 774-78, 2009.

CHONG, E. Frailty in Hospitalized Older Adults: Comparing Different Frailty Measures in Predicting Short- and Long-term Patient Outcomes. **Journal of the American Medical Directors Association**, V.19, N.5, P. 450-57, 2018.

CURCIO, P.V.C. et al. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. **Colomb Med (Cali)**, V.50, N. 2, P.77-88, 2019.

FRIED, L.P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence of a Phenotype. **Journal of Gerontology Medical Sciences**, V. 56, N.3, P.146-156, 2001.

LI, Y. et al. Bidirectional relationship between subjective age and frailty: a prospective cohort study. **BMC geriatrics**, V. 21, N.1. P, 395- 404.

MENEGUCCI, T. et al. Risco de violência e a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, V. 12, N. 12, P. e4600, 2020.

MENG, H.Y. et al. Frailty in elderly inpatients with cardiovascular disease: an exploration of associated factors. **Eur J Cardiovasc Nurs**, V. 28, N.8, P.735-744.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**, V. 19, N. 3, P. 507-519. 2016.

MORLEY, J.E. et al. Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association.**, V.14, N. 6, P. 392-97, 2013.

NEALE, A. V. et al. Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. **Journal of applied gerontology**, V. 10, N. 4, P. 406-18, 1991.

PAIVA, M.M, TAVARES, D.M.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 68, N.6, P. 1035-1041, 2015. PILLEMER, K. et al. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. **The Gerontologist**, V. 56, N. suppl 2, P. S194-S205, 2016.

RAPOSO, M. F. et al. Risco para violência e qualidade de vida entre idosos da comunidade: estudo transversal. **Rev Rene**, V. 22, P. 38, 2021.

ROCHA, R. C. *et al.* Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde em Debate**, V. 42, P. 81-94, 2018.

SANFORD, A.M. *et al.* High prevalence of geriatric syndromes in older adults. **PloS one**, V. 15, N.6, P. e0233857, 2020.

SANTOS, M. A. B. *et al.* Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 25, P. 2153-2175, 2020.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Violência contra o idoso durante a pandemia COVID-19: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, V. 34, 2021.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Violência financeiro-patrimonial contra idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 72, P. 328-336, 2019.

SANTOS, R.C. *et al.* Frailty Syndrome: A Risk Factor Associated With Violence in Older Adults. **Journal Forensic Nursing**, V. 16, N. 3, P. 130-37, 2020a.

SANTOS, R.C. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos no pronto atendimento. **Acta Paul Enferm.**, V.33, eAPE20190159, P. 1-8, 2020b.

SANTOS, R. C. *et al.* Violence and frailty in the elderly. **Journal of Nursing UFPE**, V. 12, N. 8, 2018.

SOUSA, R. C. R. *et al.* Fatores associados ao risco de violência contra mulheres idosas: um estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, V. 29, 2021.

STOREY, J.E. Risk factors for elder abuse and neglect: a review of the literature. **Aggression and violent behavior**, V. 50, P. 101339, 2020.

STORTI, L.B. *et al.* Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto & Contexto-Enfermagem**, V. 22, P. 452-59, 2013.

TORRES-CASTRO, S. *et al.* Association Between Frailty and Elder Abuse in Community-Dwelling Older Adults in Mexico City. **J Am Geriatr Soc.**, V. 66, N. 9, P. 1773-78, 2018. VERAS, R. P. *et al.* Pesquisando populações idosas-A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. **Revista de Saúde Pública**, V. 22, P. 513-18, 1988.

World Health Organization (WHO). **World report on ageing and health.** Genève: WHO; 2015. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/worldreport-2015/en/>. Acesso em 15 maio 2022.

ZIMMERMANN, J. *et al.* Home environment and frailty in very old adults. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, V. 54, N. 2, P. S114–S119, 2021.

USO DE PSICOTRÓPICOS POR PESSOAS IDOSAS FRÁGEIS HOSPITALIZADAS

VALKENIA ALVES DA SILVA

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, kenia3523@gmail.com;

RAFAELLA FELIX SERAFIM VERAS

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, rafafsv@gmail.com;

MAYARA MUNIZ PEIXOTO RODRIGUES

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, mayara_muniz_@hotmail.com;

JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Doutora em Ciências pela EERP/USP. Professora Associada da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PPGENF/UFPB, jacirasantosoliveira@gmail.com.

RESUMO

A fragilidade é considerada uma síndrome multidimensional promovendo declínio estrutural e funcional dos sistemas fisiológicos do idoso. Além disso, outras circunstâncias, como a presença de fatores externos podem contribuir para o agravamento da situação, podendo-se citar o uso de medicamentos pela pessoa idosa. **Objetivo:** analisar o uso de psicotrópicos por pessoas idosas frágeis hospitalizadas. **Método:** Estudo transversal prospectivo desenvolvido na Clínica Médica de um hospital público de ensino. A amostra constituiu-se por 142 idosos hospitalizados. Os dados foram coletados entre abril de 2018 a abril de 2019. Para avaliação da fragilidade, utilizou-se a versão da *Edmonton Frail Scale*, adaptada e validada no Brasil. Os dados foram analisados por testes estatísticos de associação entre variáveis. Considerou-se os seguintes testes de associação: Testes Qui-quadrado e o Teste exato de Fisher, quando o teste qui-quadrado fornecia evidência de imprecisão, ao nível de confiança de 95%. **Resultados:** Os resultados evidenciaram associação entre uso de psicotrópicos e fragilidade. **Conclusão:** o uso de psicotrópicos pode refletir de forma negativa na saúde da população senil e em associação com à fragilidade pode comprometer ainda mais sua qualidade de vida, sendo importante criar estratégias de inclusão no acompanhamento desse idoso que estabeleçam a real necessidade de prescrição desses medicamentos, levando-se em consideração o contexto em que encontra-se inserido o idoso.

Palavras-chave: Idoso, Fragilidade, Uso de medicamentos, Psicotrópicos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional mundial decorre da combinação da redução da taxa de fecundidade e aumento na expectativa de vida. Embora as populações em todo o mundo estejam envelhecendo rapidamente, são escassas as evidências de que o aumento da longevidade está sendo acompanhado pela manutenção da qualidade de vida dos indivíduos (BOARD et al., 2016).

O processo de envelhecimento é permeado por alterações dos principais mecanismos fisiológicos, causando um declínio da capacidade físico-funcional. Além disso, o avançar da idade favorece o aumento das demandas psicossociais para essa parcela da população (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

Nesse sentido, as pessoas idosas frequentemente apresentam a sua capacidade funcional inferior a pessoa de faixas etárias mais jovens. No entanto, à medida que esse processo é acompanhado por comorbidades e dependências físicas e/ou mentais, as implicações para o indivíduo e para a sociedade são negativas (BOARD et al., 2016).

Embora haja uma estimativa de que pessoas com idade igual ou superior a 60 anos apresentam mortalidade por determinadas doenças, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva crônica, as limitações funcionais e mentais relacionadas a síndromes geriátricas ainda é subestimada. A combinação entre mudança fisiológica, doença crônica isoladas e associadas podem resultar em estados de saúde que não são capturados pelas classificações tradicionais de doenças, havendo a necessidade de destacar aspectos funcionais e multifatoriais como àqueles que envolvem síndromes geriátricas (BOARD et al., 2016; WHO, 2013).

A fragilidade é considerada uma síndrome geriátrica multidimensional que caracteriza-se pelo declínio fisiológico dos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e imunológico. As consequências de tais alterações são: diminuição de massa muscular, "sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, que irão compor o fenótipo da fragilidade" (FRIED et al., 2001; LIBERALESSO et al., 2017).

Em estudo realizado na região centro-oeste do Brasil com uma amostra de 360 indivíduos cuja idade era igual ou superior a 65 anos foi identificada uma prevalência de 47,2% de pessoas frágeis. Em

países de alta renda a proporção de pessoas idosas frágeis é de 17% (SANTOS-EGGIMANN et al., 2008).

Os sinais e sintomas da fragilidade são variáveis mas, no geral, podem apresentar-se por fadiga, perda de peso não intencional, capacidade reduzida para atividade física, força de preensão diminuída e lentidão da marcha e do equilíbrio. A medida que o quadro clínico avança, há uma diminuição nas habilidades para executar tarefas da vida diária de modo que o idosos que apresentam uma ou duas dessas características são classificados de pré-frágeis, e os que apresentam três ou mais são classificados como frágeis (FRIED et al., 2001).

Diante das condições supracitadas, muitas vezes torna-se necessário a hospitalização para cuidado e tratamento, porém quando essa internação torna-se prolongada pode trazer complicações de repercussão negativa à saúde, bem como, redução da sua capacidade funcional e agravamento da condição de fragilidade (NUNES et al., 2017).

A existência da fragilidade estabelece uma forte relação com o tempo de internação do idoso, ou seja, quanto mais frágil maior será o período de permanência no ambiente hospitalar. Tal fato contribui para o aumento da dependência e desenvolvimento de incapacidades (WALLIS et al., 2015).

Vale ressaltar que a presença de comorbidades associada a síndrome da fragilidade implica em maiores riscos de complicações para a pessoa idosa, tais como: as incapacidades, risco de cair, institucionalização, hospitalização e morte (LIBERALESSO et al., 2017; VERMEIREN et al., 2016). Além disso, outras circunstâncias, como a presença de fatores externos podem contribuir para o agravamento da situação, como o uso de medicamentos (MAYCON et al., 2014).

O uso generalizado de medicamentos tem sido comumente prescrito para pessoas idosas, tornando-se um importante problema de saúde pública, tendo em vista a gama de efeitos adversos provocados. Importante ressaltar que o processo de envelhecimento altera o mecanismo de absorção, metabolização e excreção dos fármacos, sendo necessário constantes ajustes do tipo e dosagem dos mesmos (SECOLI et al., 2018).

De acordo com Bezerra et al. (2016) os fármacos de maior consumo pela população acima dos 60 anos são os inibidores de serotonina, antidepressivos tricíclicos, neurolépticos, benzodiazepínicos,

anticonvulsivantes, hipoglicemiantes, diuréticos e antiarrítmicos. Desses, destaca-se o uso dos psicotrópicos para tratamento de distúrbios do sono, depressão e das doenças neurológicas degenerativas (FEGADOLLI et al., 2019).

Para Alvim et al. (2017) os medicamentos psicotrópicos modificam processos neurais e ocasionam alterações no comportamento, humor e cognição. Destarte, a classe dos benzodiazepínicos, neurolépticos e antidepressivos, podem provocar efeitos adversos severos, favorecendo a elevação dos riscos de acidente vascular cerebral, aumento da taxa de mortalidade e dependência química.

Pesquisa realizada no Brasil que avaliou a taxa de uso de fármacos da classe de psicotrópicos, revelou que os maiores consumidores desses medicamentos são idosos (ACKEL; FILHO, 2017). Nesse sentido, outro estudo desenvolvido na região Sudeste do Brasil, identificou prevalência de 10,8% de uso de psicotrópicos por pessoas acima de 60 anos (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017)

Em outro estudo de cunho epidemiológico apresentou uma estimativa de 22% de idosos residentes em comunidade e 30% dos que frequentam os serviços de saúde, fazem uso frequente de psicotrópicos - benzodiazepínicos (ALVARENGA et al., 2015). Corroborando o achado supracitado, pesquisa realizada em populações distintas, detectou que entre 59,7% e 74,6% de idosos institucionalizados, consomem esses fármacos, já na comunidade houve uma variação na prevalência de 9,3% a 37,6% (MAN et al., 2009; ALVARES; LIMA; SILVA, 2010).

Ainda nesse sentido, Lakey et al. (2012) evidenciou a relação entre o uso de antidepressivo e a presença de fragilidade em mulheres americanas, onde o risco para ocorrência de fragilidade é duas vezes mais elevado. Corroborando com esses achados, pesquisa realizada por Bandeira et al. (2018) também evidenciou a associação entre o uso de antidepressivos e fragilidade, tendo maior influência no itens referentes ao ritmo da marcha, disposição física e estado ponderal do idoso.

Portanto a detecção de grupos vulneráveis e a identificação dos fatores associados à fragilidade, pode favorecer a elaboração de estratégias de prevenção e promoção da qualidade de vida da pessoa idosa, evitar a dependência de substâncias e o surgimento de efeitos adversos com o alto consumo dessa classe de medicamentos. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar o uso de psicotrópicos por pessoas idosas frágeis hospitalizadas.

METODOLOGIA

Estudo transversal prospectivo desenvolvido em unidade de interação de Clínica Médica de um hospital público de ensino localizado no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

O processo de amostragem foi probabilístico, por meio de técnica de amostragem simples, baseado no número de pessoas idosas internadas na unidade clínica. A amostra constituiu-se por 142 de pessoas idosas hospitalizadas que atendessem aos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos e cognição preservada de acordo com o Miniexame do Estado Mental (MEEM) e aos de exclusão, que foram pessoas idosas hospitalizadas que não tivessem condições clínicas de atenderem aos comandos durante a entrevista.

A coleta de dados foi realizada em enfermarias por pesquisadores previamente capacitados para aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Portanto, foram realizados treinamentos específicos acerca dos instrumentos de coleta de dados utilizados para evitar vieses relacionados à coleta de dados. Os dados foram coletados entre abril de 2018 a abril de 2019.

Os participantes responderam questionário sociodemográfico que os caracterizou quanto ao sexo (feminino ou masculino), idade (em anos completos), estado conjugal (casado/união estável, viúvo, solteiro ou separado/divorciado), cor/raça (branca, preta, amarela, parda ou indígena), escolaridade (em anos de estudos formais), religião, tempo de moradia em sua residência (em anos), com quem e quantas mora na sua residência (sozinho, esposo(a), filho (s), genro/nora, neto (s), bisneto (s), irmão (s), primo (s), amigo (s) ou outros), renda individual e familiar (por salário mínimo) e fonte de renda (aposentadoria, pensão, aluguel ou trabalho próprio).

Para a triagem dos participantes com condições de participação, quanto à sua capacidade cognitiva, aplicou-se o MEEM que é composto de 11 questões agrupadas em sete categorias: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculos, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho, os quais são atribuídos pontos de corte: para os não alfabetizados o escore final deveria alcançar a partir de 13 pontos, para àqueles com escolaridade entre 1 a 4 anos ou 4 a 8 anos incompletos o escore

deveria ser a partir de 18 pontos e àqueles com 8 anos ou mais de estudo considerar-se-ia o ponto de corte de 26 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 2009).

Para avaliação da fragilidade, utilizou-se a versão da Edmonton Frail Scale, adaptada e validada no Brasil, composta por nove domínios, representados por 11 itens: cognição (teste do desenho do relógio, que consiste em apresentar para o entrevistado o desenho de um círculo e solicitar que imagine um relógio, coloque os números nas posições corretas e, em seguida, inclua os ponteiros de forma a indicar "onze horas e dez minutos"), estado geral de saúde (internações no último ano e autopercepção de saúde), independência funcional (necessidade de ajuda para atividades diárias), suporte social (ajuda para atender às necessidades), uso de medicamentos (uso de medicamentos e esquecimento), nutrição (perda de peso), humor (percepção de tristeza/depressão), continência (controle urinário), desempenho funcional (levante e ande cronometrado, para equilíbrio e mobilidade). A pontuação máxima dessa escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para classificação de fragilidade são: 0 a 4 pontos não apresenta fragilidade, 5 a 6 aparentemente vulnerável, 7 a 8 fragilidade leve, 9 a 10 fragilidade moderada e 11 ou mais, severa (FABRÍCIO-WEHBE, 2008).

Na análise dos dados quantitativos foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e econômicas para caracterização da amostra e compreensão do perfil de pessoas idosas investigadas. As variáveis foram analisadas a partir da construção de tabelas mistas, em que as variáveis principais, níveis de fragilidade e risco de quedas, foram cruzados com os níveis das demais variáveis presentes no estudo, as quais foram consideradas variáveis potencialmente explicativas das variáveis principais.

A partir deste cruzamento, para análises estatísticas adequadas foram executados testes de associação entre variáveis, com intuito de testar as hipóteses relacionadas ao desfecho principal relação entre fragilidade e risco de quedas. Considerou-se os seguintes testes de associação: Testes Qui-quadrado e o Teste exato de Fisher, quando o teste qui-quadrado fornecia evidência de imprecisão, ao nível de confiança de 95%.

Este estudo respeitou aspectos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos evidenciados na Resolução 466/2012

no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Portanto, atentou-se para fornecimento de informações sobre os objetivos e o procedimentos que serão realizados na coleta de dados; riscos e benefícios; anonimato, o respeito e o sigilo em relação às informações fornecidas; e liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Além disso respeitou as responsabilidades e deveres do Código de Ética profissional da Enfermagem contemplados no Capítulo III, artigos 57 e 58, da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 0564/2017 (COFEN, 2017).

Desse modo, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley sob parecer: 2.457.518. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica e econômica das pessoas idosas hospitalizadas, observou-se que a maioria tinha entre 60 e 69 anos (59,2%); eram do sexo feminino (52,8%). Quanto à religião (75,4%) eram católicos; não alfabetizados (38,7%) e com renda individual mensal \leq a 1 salário-mínimo, proveniente da aposentadoria (74,6%). Houve correlação estatística entre síndrome da fragilidade em idosos hospitalizados e as seguintes variáveis: sexo, escolaridade e fonte de renda (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados, segundo dados sociodemográficos e econômicos. João Pessoa, Paraíba, 2018. (n=142).

Variáveis	n (%)	p-valor
Idade		
60 a 69 anos	84(59,2)	0,179 ⁽¹⁾
70 a 79 anos	46(32,4)	
80 anos ou mais	12 (8,4)	
Sexo		
Masculino	67(47,2)	0,001 ⁽¹⁾
Feminino	75(52,8)	
Religião		
Católico	107(75,4)	
Evangélico	31(21,8)	0,079 ⁽²⁾

Variáveis	n (%)	p-valor
Outras	04(2,8)	
Escolaridade		
Não alfabetizado	55(38,7)	
1 a 4 anos	38(26,8)	0,022 ⁽²⁾
5 a 10 anos	27(19)	
Acima de 10 anos	22(15,5)	
Renda individual mensal		
≤1SM*	95(66,9)	
2 a 4 SM*	39(27,5)	0,184 ⁽²⁾
5 a 7 SM*	07(4,9)	
>8SM*	01(0,7)	
Fonte de renda		
Aposentadoria	106(74,6)	
Pensão	22(15,5)	0,022 ⁽²⁾
Trabalho Próprio	10(7)	
Outras	04(2,9)	

* Salário mínimo na época (R\$954,00)

Teste qui-quadrado

Teste exato de Fisher

Fonte: Pesquisa de campo, 2018

Os achados referentes as características sociodemográficas e econômicas das pessoas idosas entrevistadas são semelhantes a outros estudos realizados no Brasil, com destaque para predomínio do sexo feminino, baixa escolaridade, religião católica e renda mensal de ≤ a 1 salário-mínimo. Achados habitualmente presentes na população brasileira e que também foram associadas a condição de fragilidade entre idosos brasileiros (HOOGENDIJK et al., 2017; RODRIGUES et al., 2019).

Destarte, o risco de fragilização do idoso, apresenta-se elevado na presença das seguintes condições: "sexo feminino, idade avançada, de baixa renda, em uso de três medicamentos ou mais, com declínio cognitivo e funcional e presença de sintomas indicativos de depressão" (BUTTERY, et al., 2016; HAJEK, et al., 2016).

Tais dados podem ser justificados devido as mulheres terem uma longevidade maior e a tendência da fragilidade agravar-se com o avançar da idade. A feminização da população idosa, tem se mantido

constante no Brasil, representando 50,7% em 2000 e 50,6% em 2019. Embora a fragilidade esteja interligada com as modificações fisiológicas da própria senescência, as mulheres estão mais expostas a condições sociais desfavoráveis, como baixo nível de escolaridade, isolamento e solidão (MOURA, DOMINGOS, RASSY, 2018).

Quanto ao uso de psicotrópicos pela população senil feminina, estudo realizado na atenção básica do município de Campinas – SP apontou que esses fármacos foram mais utilizados por mulheres, indivíduos de raça/cor branca, com pior percepção da saúde, distúrbios mentais comuns e problemas emocionais (PRADO, 2017).

No que concerne a escolaridade, observou-se que a maior parte das pessoas idosas entrevistadas (38,7%) declararam ser não alfabetizadas, estando na condição de internação com síndrome de fragilidade. Resultado esse condizente com pesquisa realizada por Carneiro et al. (2016), que evidenciou a relação entre baixo grau de escolaridade com a favorecimento da fragilidade, acarretando em prejuízo na qualidade de vida da pessoa idosa, bem como, proporcionando riscos à saúde dessa população. Corroborando esses achados Santos-Orlandi et al. (2017), afirma que na época de nascimento dessas pessoas idosas, o acesso às escolas era precário ou inexistente.

Importante ressaltar que o processo de envelhecimento traz consigo mudanças no corpo da pessoa idosa, o que favorece a diminuição do equilíbrio e força muscular, quedas, uso de múltiplas medicações, hospitalização e mortalidade (GROSS, 2018). Nesse sentido, pesquisa realizada com 339 idosos revelou que mais da metade da população estudada, com idade maior que 75 anos foi considerado frágil, o que ratifica que as percentagens de fragilidade estão mais presentes à medida que a idade avança (DUARTE; PAUL; 2015).

Destarte, existem peculiaridades relacionadas aos fatores multidimensionais de ordem psicossocial que propiciam a síndrome da fragilidade como: estado de pobreza, estado de moradia, renda baixa, analfabetismo ou baixo grau de escolaridade, entre outros. Tais condições viabilizam o surgimento de patologias crônicas, aumentam a procura por serviço, bem como torna o idoso mais vulnerável (PINTO; COUTINHO, 2014).

No que tange à ocupação atual, nesse estudo houve predominância de pessoas idosas aposentadas 106 (74,36%). "Aposentadorias,

pensões e benefícios do Governo são as principais fontes de renda e sustento das pessoas idosas na população brasileira" (WENDT et al., 2015). De fato, a posição socioeconômica da pessoa idosa é abrangente e perpassa por condições como escolaridade, ocupação, fonte de renda e estilo de vida (JESUS et al., 2017).

Vale ressaltar que embora os fatores socioeconômicos supracitados, contribuam para a qualidade de vida do idoso, deve-se levar em consideração outras condições sociais que podem favorecer a síndrome da fragilidade, tais como o isolamento social e familiar e a pouca eficácia de políticas públicas voltadas a essa parcela significativa da população. Dessa forma faz-se necessário ter um olhar mais ampliado e uma melhor compreensão dos eventos que podem favorecer o adoecimento do idoso, atenuando a sua vulnerabilidade, quando relacionada a fatores de estruturação social (CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

Em relação ao cruzamento entre o uso de medicamentos psicotrópicos e a presença de fragilidades mensurada pela Escala de Fragilidade de Edmonton, observou-se relevância estatística na amostra estudada, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Uso de medicamentos psicotrópicos e a presença de fragilidades pela Edmonton Frail Scale em idosos hospitalizados. João Pessoa, Paraíba, 2018. (n=142)

Classificação da Escala de Fragilidade de Edmonton	Uso de psicotrópico		
	Sim n (%)	Não n (%)	p-valor
Não apresenta fragilidade	7 (5%)	24 (16,9%)	
Aparentemente vulnerável	6 (4,22%)	25 (17,6%)	
Fragilidade leve	6 (4,22%)	30 (21,13%)	0,002(*)
Fragilidade severa	11 (7,76%)	14 (9,9%)	
Total	34 (24%)	108 (76%)	

(*) - Teste exato de Fisher

* - p-valor do teste menor que 0,01

Fonte: Pesquisa de campo, 2018

O processo de envelhecimento submete progressivamente o organismo a diversas mudanças de ordem estrutural e funcional, tais modificações resultam da interação de fatores intrínseco e extrínsecos,

e uma dos resultados desse contexto é a maior sensibilidade dos idosos ao efeito dos medicamentos. Os riscos decorrentes do processo de senescência associado às comorbidades, favorecem o uso de uma gama de medicamentos o que torna o idoso vulnerável a ocorrência de iatrogênicas e eventos adversos, configurando-se como relevante causa de mortes nessa população (TOMMASO et al., 2021).

Estudos realizados sobre o uso de medicamentos entre a população idosa revelou que a maioria de 80 a 90 % utiliza ao menos um tipo de medicação e de 30 a 40% fazem uso da polifármacia (CRUZ, 2019). Dentre a grande variedade de fármacos usadas pela pessoa idosa, destaca-se o uso dos psicotrópicos como os benzodiazepínicos, antidepressivos neurolépticos, os quais apresentam como potenciais efeitos adversos alteração do equilíbrio, sonolência, diminuição da coordenação motora, entre outros. Tais eventos podem favorecer o risco de quedas, fraturas e comprometimento da capacidade funcional (TÉLLEZ-LAPEIRA et al., 2017).

No que concerne aos resultados do presente estudo quanto a associação entre fragilidade e uso de psicotrópicos, achados semelhantes foram evidenciados em pesquisa realizada por Bandeira et al. (2018) quanto ao uso inapropriado de antidepressivos e a chance aumentada para presença de fragilidade. Pesquisa realizada com idosos da cidade de São Paulo, integrantes do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), observou que dentre os idosos que faziam uso de medicamentos inapropriados, 40,1% foram considerados frágeis (CASSONI et al., 2014).

Dessa maneira o uso desses medicamentos pode refletir de forma negativa na saúde da população senil e em associação com à fragilidade pode comprometer ainda mais sua qualidade de vida, sendo importante criar estratégias de inclusão no acompanhamento desse idoso que estabeleçam a real necessidade de prescrição desses medicamentos, levando-se em consideração o contexto em que encontra-se inserido (BANDEIRA, 2018).

Uma das ferramentas importantes no cuidado a pessoa idosa é o envolvimento da família ou do cuidador nesse processo, juntamente com o idoso, gerando auto responsabilidade no desenvolvimento das ações. A realização de atividades de educação em saúde é um estratégia de fundamental importância para que os idosos compreendam

suas limitações, como também a importância do uso racional dos medicamentos prescritos, bem como, a forma correta de administração e as possíveis reações adversas, o que pode favorecer a menos risco de iatrogenias (TOMMASO et al., 2021).

Dentre as ações que podem ser desenvolvidas com enfoque na minimização do risco de fragilidade e conseqüentemente a perda de autonomia, a inclusão de um protocolo que aborde uma farmacologia geriátrica segura e eficaz para esse seguimento populacional, seria fundamental, considerando que a pessoa idosa faz uso potencial de vários medicamentos, e dos efeitos nocivos causados por esse uso, muitas vezes de forma inadequada. Neste contexto, o rastreamento e acompanhamento da síndrome de fragilidade, em particular quando associada ao uso de terapias medicamentosas que podem influenciar essa condição, configura-se como uma estratégia de promoção a saúde da pessoa idosa.

Um estudo americano realizado a partir de dados do *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2005 – 2015*, identificou que pessoas idosas que receberam benzodiazepínicos no setor de emergência foram mais propensos a serem posteriormente admitidos no hospital. Este estudo também identificou que, apesar das diretrizes que desaconselham o uso de benzodiazepínicos concomitantemente com opióides ou relaxantes musculares, as taxas de coadministração e co-prescrição desses agentes foram elevada (POURMAND et al., 2020).

Existem iniciativas internacionais que visam conscientização para a prescrição racional de determinadas classes de medicamentos para pessoas idosas. Nesse sentido, a American Geriatrics Society (2015) apresenta o Critério Beers para uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos visando considerar as melhores práticas para prescrever medicamentos para a população envelhecida dos Estados Unidos da América. A presença dos benzodiazepínicos nesta lista deve-se ao fato de existirem recomendações para evitar seu uso com qualidade moderada de evidência e forte força de recomendação. O motivo desta recomendação se dá devido a sensibilidade aumentada de pessoas idosas aos próprios benzodiazepínicos, bem como a seus metabólitos, aumentando o risco de fraturas, quedas, delírio, alterações na memória e acidentes automobilísticos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2015).

Considera-se como limitação desse estudo o delineamento metodológico transversal, por não permitir estabelecer relações de causalidade. No entanto, pesquisas de cunho transversal possibilitam informações com maior agilidade e contribuem para monitorar as condições de saúde da população. Dessa forma, o estudo avança nas questões relacionadas ao atendimento prestado a pessoa idosa, estimulando os profissionais de saúde a conhecerem os fatores associados ao uso de psicotrópicos pela pessoa idosa associados a presença de fragilidade, a fim de qualificar o atendimento para essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo demonstram a predominância predomínio do sexo feminino, o elevado índice de idosos não alfabetizados, baixo poder aquisitivo e fonte de renda procedente de aposentadoria. Observou-se também a associação do uso de psicotrópicos e a presença de fragilidade. Esses achados destacam a necessidade de ponderação dos riscos e benefícios quando detectada a real necessidade de prescrição dessa população. Quando estabelecido o tratamento, estratégias de monitoramento regular e a avaliação da presença de síndromes geriátricas como a fragilidade devem ser adotadas a fim de identificar potenciais fatores de risco e promover a segurança e a qualidade de vida da população idosa.

Sugere-se para pesquisas futuras, avaliem a frequência do uso de substâncias psicotrópicas na população idosa, bem como sua associação e potenciais eventos adversos relacionados ao uso com outros fármacos e presença das síndromes geriátricas.

Outro ponto relevante seria promover ações de cunho educacional e capacitações com os profissionais de saúde que lidam com idosos, com a finalidade de identificar os fatores de risco associados à fragilidade e a adoção de novas práticas de atenção à saúde para prevenção de agravos em decorrência dessa síndrome.

REFERÊNCIAS

ACKEL, M. M. A. et al. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 57 – 69, 2017.

ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 249 – 258, 2015.

ÁLVARES, L. M.; LIMA, R. C.; SILVA, R. A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 31 – 40, 2010.

ALVIM, M. M. et al. Prevalence and factors associated with the use of benzodiazepines in the community elderly. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 463 – 474, 2017.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 63, p. 2227 – 2246, 2015.

BANDEIRA et al. Uso de antidepressivo e os componentes da síndrome de fragilidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 7 – 15, 2018.

BEARD, J. R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 21, n. 10033, p. 2145 – 2154, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BUTTERY, A. K. et al. Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. **BMC Geriatrics**, v. 15, n. 22, p. 1 – 9, 2015.

CARNEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 69, n. 3, p. 435- 442, 2016.

CASSONI, T. C. J. et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1708 – 1720, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 0564/2017**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2017.

CRUZ, R.R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F.M. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019.

DUARTE, M.; PAUL, C. Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 871-880, 2015.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. **Adaptação cultural e validação da "Edmonton Frail Scale" (E FS) - escala de avaliação de fragilidade em idosos**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 1-13, 2019.

FOLSTEIN, M. FOLSTEIN, S. MCHUGH, P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 2009.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

GROSS, C. B. et al. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-216, Mar. 2018.

HAJEK, A. et al. Predictors of frailty in old age: Results of a longitudinal study. **Journal of Nutrition Health Aging**, v. 20, n. 9, p. 952 – 957, 2016.

HOOGENDIJK, E. O.; HUISMAN, M.; VAN BALLEGOOIJEN, A. J. The role of frailty in explaining the association between the metabolic syndrome and mortality in older adults. **Experimental Gerontology**, v. 91, p. 5 – 8, 2017.

JESUS, I. T. M. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 614 – 620, 2017.

LAKEY, S. L. et al. Antidepressant use, depressive symptoms, and incident frailty in women aged 65 and older from the Women's Health Initiative Observational Study. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 60, n. 5, p. 854 – 861, 2012.

LIBERALESSO, T. E. M. et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, 2017.

MANN, E. et al. Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 9, p. 1 – 10, 2009.

MAYCON, S. P. et al. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 874-82, 2014.

MOURA, M. A. V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M. E. C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4 p. 848 – 855, 2010.

NUNES, D. P. et al. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n.2, 2015.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO P. M. S.B.; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 747 – 758, 2017.

PINTO, M. J. C. P; COUTINHO, S. C. N. Síndrome de Fragilidade. **Revista de Psicologia**, v.1, n. 2, p. 171-176, 2014.

POURMAND, A. et al. Patterns of benzodiazepine administration and prescribing to older adults in U.S. emergency departments. **Aging Clin Experimental Research**, v. 32, p. 2621 – 2628, 2020.

RODRIGUES, J. CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1400 – 1405, 2019.

SANTOS-EGGIMANN et al. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 64, p. 675 – 681, 2009.

SANTOS-ORLANDI, A. A. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

SECOLI S. R. et al. Tendência da prática de automedicação entre idosos brasileiros entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, Supl. 02, 2018.

SILVA, P. A.; ALMEIDA, L. Y.; SOUZA, J. The use of benzodiazepines by women cared for at a Family Health Unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

TÉLLEZ-LAPEIRA, J. M. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y factores asociados en las personas mayores. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 52, n. 1, p. 31 – 34, 2017.

TOMMASO, A. B. G. et al. **Geriatría: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

VERMEIREN, S. et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. **Journal of American Medical Directors Association**, v. 17, n. 12, 2016.

WALLIS, S. J. et al. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. **International Journal of Medicine**, Oxford, v. 108, n. 12, p. 943 – 949, 2015.

WHO. **Global health estimates: deaths, DALYs, YLL and YLD, by cause, age, sex and regional grouping**, 2000–2012. 2013

WENDT, C. J. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p, 406 – 413, 2015.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 14

PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

CLAÚDIA FABIANE GOMES GONÇALVES

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que ocorrem ao longo da vida de forma diferenciada em cada indivíduo, sendo caracterizado por diversas manifestações nos campos biológico, psíquico e social (BRANCO, 1999)

O envelhecimento saudável assume uma conceituação mais ampla do que a ausência de doença, sendo considerado um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida, o que permite aos idosos manterem seu bem estar físico, mental e social, estando esse termo fortemente relacionado à manutenção de uma boa velhice e à identificação de seus determinantes (VALER et al, 2015)

O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas civilizacionais da humanidade. No entanto, o envelhecimento populacional, ou demográfico tem implicações importantes em todos os domínios da sociedade, tornando-se um amplo desafio para os profissionais de saúde em implementar programas e ações que visem alcançar a manutenção do equilíbrio no processo saúde-doença, nas estratégias de fortalecimento dos idosos e seus familiares, de forma a tornar possível o desencadeamento de ações na promoção da saúde do idoso, pois significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional.

O reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos conceitos de integralidade e equidade. O envelhecimento ativo faz parte da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e tem como meta promover o envelhecimento saudável de forma a garantir a autonomia do sujeito, por meio de intervenções precoces para minimizar os danos decorrentes desse processo natural e irreversível.

Referências:

BRANCO, L da M. Terceira idade, Alternativas para uma sociedade em transição. Repercussões Médicas do Envelhecimento. Rio de Janeiro: Unati, 1999

VALER, D. B. et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.18, n.4, p.809-819, 2015.

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

IFPE

É PRECISO SABER VIVER: ASPECTOS DA LONGEVIDADE E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

SIMONE DE OLIVEIRA

Doutoranda do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica - MG, sol-bhmg@yahoo.com.br;

MÁRCIA STENGEL

Doutora em Ciências Sociais (UERJ) e docente da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-graduação de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica -MG, marciastengel@gmail.com;

RESUMO

O panorama contemporâneo tem sinalizado para o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população impulsionado estudos e pesquisas cada vez mais recorrentes, que evidenciam como chegar mais longe e com qualidade de vida. Desta forma, torna-se relevante investigar as múltiplas particularidades que envolvem o processo de envelhecimento e a longevidade. O presente trabalho tem por objetivo elencar os fatores que contribuem para se viver mais e envelhecer de forma saudável, embasados em bibliografias pertinentes à temática. A metodologia usada foi a pesquisa bibliográfica e os principais resultados encontrados apontam que não existe um fator único que explique a longevidade e a possibilidade de se envelhecer bem. No entanto, as pesquisas sinalizam para diversos hábitos e atitudes que podem favorecer um envelhecer saudável. A genética sozinha não é determinante, apesar de apresentar a sua contribuição. Diante disso, conclui-se que o estilo de vida saudável, as relações sociais, o otimismo e encontrar um propósito de vida podem desempenhar um protagonismo nesse horizonte de descobertas.

Palavras-chave: envelhecimento saudável; longevidade; idosos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um fenômeno natural que traz consigo uma série de nuances devido a singularidade de cada indivíduo. Podemos observar idosos na faixa de 60/70 anos que são acometidos por muitas doenças e privados de viver uma vida plena, perdendo sua capacidade funcional e, em contrapartida, encontramos idosos acima de oitenta anos que apresentam autonomia e independência, além de boa saúde física e mental, mesmo com as limitações próprias da idade.

Há inúmeros casos que demonstram essa pluralidade no envelhecer; citando como exemplo Oscar Niemeyer que desenvolveu uma carreira brilhante, mantendo-se ativo e trabalhando até seus 104 anos de idade. Poderíamos citar tantos outros que apresentam um envelhecimento ativo e saudável, apesar da alta idade cronológica. A queda das taxas de mortalidade e a elevação da expectativa de vida, bem como os inúmeros estudos e avanços da medicina sobre a longevidade e qualidade de vida têm contribuído para que este fenômeno demográfico se amplie consideravelmente.

A chamada "revolução da longevidade" é uma conquista que deve ser celebrada, mas é preciso o desenvolvimento da cultura do "cuidar" para se envelhecer bem com saúde mental e qualidade de vida. Kalache (2014, p.1), em seu Editorial na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, afirma que

a longevidade que presenciamos hoje em nível global - e certamente no Brasil - é uma revolução. Já vivemos trinta ou mais anos que nossos avós. As implicações desse processo vão além da dimensão individual e atingem os setores legais, de saúde, educação, cultura, trabalho, serviços assistenciais e seguridade social. A longevidade também tem efeito retroativo, com impactos em todas as fases da vida: não são trinta anos a mais de *velhice* e sim trinta ou mais anos de vida. (Grifo do autor)

Nesta perspectiva, a temática da longevidade tem sido abordada em diversos estudos por estarmos passando por uma transição demográfica em que teremos mais avós do que netos nas próximas décadas. Lehr (1999), afirma que "não é somente importante acrescentarmos

anos à vida, mas acrescentar vida aos anos". Prolongar a longevidade é o desejo das pessoas ao redor do mundo, mas esse querer precisa estar atrelado à saúde, bem-estar, segurança e autoestima, senão não se justifica o fato de se viver mais. O envelhecimento é um processo natural e inevitável do ciclo de vida e alterações fisiológicas funcionais virão inegavelmente com o passar dos anos. Dessa forma, acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida implicará não somente escolhas individuais e conscientes ao longo da vida, mas faz-se necessário também novos olhares de toda a sociedade para o processo de envelhecimento e para a velhice. As políticas públicas precisam proporcionar garantia de direitos, acesso à saúde, assistência social, transporte, habitação, cultura e lazer.

O Estatuto do Idoso, Lei Federal 10.741 de 2003, trouxe avanços significativos para um envelhecimento justo e digno, porém é preciso ampliar a rede de apoio e as oportunidades para que as pessoas idosas possam ser atendidas em suas necessidades básicas. Possibilitar o empoderamento do idoso e retirar a velhice do silêncio instaurado por décadas é um desafio de todos nós que queremos envelhecer de forma digna e saudável.

Importante ressaltar que adotar uma abordagem diferenciada e interdisciplinar para entender o processo referente ao envelhecimento poderá fornecer uma percepção mais positiva do ato de envelhecer, no sentido de que só se obterá uma velhice saudável, dinâmica e atuante quando o idoso participa e interage no processo como um todo. No entendimento de Neri (2008 apud OLIVEIRA e SILVA, 2013), sendo o envelhecimento uma situação heterogênea, nem todo envelhecer ocorre e pode ser entendido da mesma forma. E, por ser diferente, ele é influenciado por inúmeros fatores e desafios que perpassam o processo de envelhecimento e a velhice.

Diante disso é relevante mencionar que, a partir do ano de 2020, houve um desequilíbrio em relação à qualidade de vida das pessoas. Os idosos se depararam com inúmeras dificuldades além do previsto: o mundo se deparou com o surto da COVID-19, doença que causou milhões de óbitos pelo mundo e foi considerada como uma emergência de saúde pública de importância internacional. Durante a pandemia, que causou diversas repercussões, a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), visando minimizar os efeitos da rápida proliferação,

implementou várias medidas e orientações para conter o avanço e evitar o colapso dos sistemas de saúde, dentre elas o isolamento social.

No decorrer do período que a pandemia se tornou assunto cotidiano nos noticiários, inúmeros problemas surgiram impactando a vida das pessoas, principalmente dos idosos. O isolamento social, o excesso de informações, o medo do contágio da doença e da própria morte contribuíram para que a saúde mental dos idosos ficasse mais comprometida. Uma onda de medo exacerbado se abateu na sociedade, especialmente entre a população mais vulnerável, causando impactos em questões econômicas, de saúde pública, problemas domésticos e a perda de entes queridos.

De modo geral, as alterações nas condições de saúde geral da população, em destaque àqueles idosos que já possuíam algum comprometimento, contribuíram para que os chamados "grupos de risco" fossem os mais afetados pela ansiedade e fatores estressores durante a pandemia. O desencadeamento de doenças mentais e emocionais foi algo altamente impactante para a população idosa trazendo consequências para sua qualidade de vida.

Diante desse cenário, pode-se dizer que houve um retrocesso em relação à possibilidade de um envelhecimento saudável? Ainda é necessário aprofundar pesquisas que envolvam a temática e os desdobramentos da pandemia para se averiguar mais intimamente essa questão e compreender as consequências para a saúde das pessoas idosas, principalmente ao fragilizar a expectativa de se ter uma vida mais longa. No entanto, depois da vacinação entrar definitivamente como uma resposta científica ao ataque do coronavírus, a população começou paulatinamente voltar à normalidade da vida cotidiana, mas há muitos questionamentos a serem pesquisados e respondidos.

Se envelhecer é um ato pessoal, único, ele acontece de forma diferente e a seu próprio tempo e ritmo, a depender de como o sujeito o encara e como procede no decorrer de sua existência. O envelhecimento não é homogêneo, igual para todos e, dessa forma, é quase obrigatório que se leve em consideração a história pessoal do idoso, incluindo nela questões culturais, de relacionamentos, saúde, economia e educação (MINAYO e COIMBRA, 2002).

No entanto, o que vem a ser a velhice? Numa tentativa de responder, deve-se buscar amparo na visão da Gerontologia, para a qual o

envelhecer consiste em processos naturais de alterações fisiológicas sentidas com o passar dos anos, que promovem um 'mitigamento' na questão de sobrevivência, funcionalidade e autonomia. Porém, sendo uma fase do ciclo de vida do ser humano, que compõe o seu processo de desenvolvimento, é possível uma velhice bem-sucedida, mesmo diante de algumas perdas e limitações própria da idade?

À face do exposto, o objetivo geral deste trabalho foi analisar em produções acadêmicas relacionadas à temática os fatores que contribuem para um envelhecer mais saudável, autônomo e participativo. E, mais especificamente, descrever sobre o processo de envelhecimento humano e encontrar referências pertinentes que abordem sobre a influência da genética e estilo de vida no envelhecimento saudável.

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender quais fatores contribuem para que alguns grupos de idosos cheguem à velhice com saúde física, jovialidade mental para gerenciar sua vida com autonomia e também realizar suas atividades de vida diária com independência. Tal compreensão poderá trazer reflexões importantes e contribuir para que mais pessoas possam se conscientizar da importância de buscar um envelhecer mais saudável e com qualidade de vida, além de contribuir para mais estudos na área.

METODOLOGIA

A presente pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa, que consiste na explicação interpretativa e criativa para analisar dados (GODOY, 1995). Quanto aos objetivos, pode ser classificada como exploratória e descritiva, pois permite ao pesquisador se aproximar do problema, visualizá-lo de forma clara para construir hipóteses e descrever os dados analisados (GIL, 1999).

Quanto aos procedimentos, o método de pesquisa utilizado foi a pesquisa bibliográfica, que realiza um levantamento das referências publicadas, sejam estas em meio físico ou virtual (PRODANOV; FREITAS, 2013). A pesquisa bibliográfica, de acordo com Martins e Pinto (2001), é o tipo de pesquisa que procura discutir e explicar sobre determinado assunto, baseando-se em referências teóricas publicadas em livros, artigos, revistas, etc.

Gil (1999) também salienta que a pesquisa bibliográfica se desenvolve a partir de material já elaborado, principalmente de livros e

artigos científicos. Ele também deixa claro que, mesmo que a maioria dos estudos exija trabalhos “[...] dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas” (p. 65). Ainda de acordo com o entendimento de Gil (1999), a principal vantagem desse tipo de pesquisa está no fato de que ela permite ao pesquisador investigar uma série de fenômenos bem mais amplos, do que se fosse pesquisar diretamente (empiricamente). Em diversos casos, pode se conhecer os fatos ocorridos por meio de dados secundários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Se a compreensão de envelhecer é ampla, o significado de “envelhecimento ativo” não é de conhecimento comum. Por causa disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005, p.13) o conceituou como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

No final da década de 1990, devido à variância de entendimentos do conceito de envelhecimento, mencionado acima, houve a necessidade de dissipar a névoa que impede uma visão holística do que significa envelhecer com qualidade de vida, sendo e fazendo parte ativa em uma sociedade que muitas vezes não compreende bem o que significa passar por essa fase.

No entanto, quem é esse idoso? Segundo a OMS (2005), cronologicamente, em países industrializados, são considerados idosos os indivíduos com 65 anos de idade ou mais, quando se encerra, de maneira geral a fase economicamente ativa e em muitos casos começa a aposentadoria. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, em que as condições socioeconômicas são menos favoráveis, a faixa etária é de 60 anos ou mais.

A quantidade de idosos tem aumentado significativamente em nível mundial e o Brasil possui em torno de 14% da sua população de idosos, o que correspondente a quase 30 milhões, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2017) e há projeções de que este número possa triplicar nas próximas décadas.

Diante dessa mudança do perfil populacional, estudos sobre a longevidade fazem-se pertinentes no cenário contemporâneo. A

insegurança ao envelhecer, devido ao medo da incapacidade funcional, fragilidades fisiológicas e emocionais que podem se apresentar nessa etapa do desenvolvimento humano, demonstra a busca das pessoas por um envelhecimento saudável.

Após a aposentadoria e os filhos crescerem, surgem questionamentos do tipo: Quem sou eu dentro dessa sociedade? Qual minha identidade? Como posso desfrutar da longevidade com saúde e qualidade de vida? São essas e outros tipos de indagações que muitas vezes perpassam na cabeça do idoso.

Ao se pensar em qualidade de vida, há de se enfatizar que novos paradigmas surgiram em relação ao envelhecimento humano. Muda-se o foco que antes era somente na prevenção de doenças e surge o cuidado à saúde, que, segundo a OMS, ainda em 1947, já sinalizava ser um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença.

Esse conceito vem sendo ampliado com o passar dos anos e surge, para complementar a relação dos idosos com a saúde, o conceito de envelhecimento ativo. O relatório "Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade", do Centro Internacional de Longevidade Brasil – ILC (2015), trouxe diversas possibilidades ao se pensar o envelhecimento de modo a fortalecer as políticas de promoção de saúde e prevenção voltadas aos idosos. E de certa forma possibilitou avanços significativos, pois

...a OMS passou a defender a meta do Envelhecimento Ativo, definido como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (p. 13).

Numa perspectiva biológica, de acordo com Tavares et al. (2017, p. 895),

os idosos percebem o envelhecimento saudável como a adoção de hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida, com destaque para a alimentação saudável, práticas de atividades físicas não ser tabagista e nem etilista. Esses hábitos e comportamentos são fatores de proteção e auxiliam no controle de doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT), que correspondem às maiores causas de mortalidade da população idosa [...]

Outras dimensões também foram abordadas pelos autores acima, tais como a social, psicológica e espiritual que influenciam no envelhecimento saudável. Na perspectiva social, Tavares et al. (2017) relatam que o relacionamento com a família, amigos e atividades coletivas de lazer podem melhorar a qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, as relações sociais podem contribuir para promover a longevidade.

Quanto à dimensão psicológica, os idosos citados na pesquisa apontaram o otimismo e a felicidade como importantes fatores para o envelhecimento saudável. Em relação à religiosidade e espiritualidade, afirmam que auxiliam a lidar com os eventos de vida estressantes e superar muitas adversidades que são inerentes na vida cotidiana.

Nunes e Lima (2012, p. 14), afirmam que, ao se pensar em qualidade de vida ao envelhecer, deve-se retornar à década de 1960, durante a qual surgiram os conceitos de envelhecimento "bem-sucedido", "positivo" ou "com sucesso", ou seja "envelhecimento saudável", referindo-se nesse caso, a uma forma de adaptação às condições inerentes do envelhecer, ou seja, "a uma busca de equilíbrio entre as aptidões dos indivíduos e as exigências do meio ambiente".

Na década de 1980, pesquisadores da Fundação Mac Arthur entenderam que não era interessante desprezar a heterogeneidade dos idosos em quaisquer de seus aspectos, sejam eles morfológicos, funcionais, psicológicos ou sociais; e também que fatores extrínsecos como estilo de vida e fatores psicossociais influenciam esse processo.

Assim, ainda de acordo com Nunes e Lima (2012), foi necessário que se adotasse uma abordagem diferenciada, interdisciplinar para entender o processo referente ao envelhecimento, englobando diversas áreas, fornecendo uma percepção mais positiva do ato de envelhecer, no sentido de que só se obterá uma velhice saudável, dinâmica, participante e atuante quando o idoso participa e interage no processo como um todo.

A rede de suporte social existe ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, proporcionando trocas afetivas e sociais. Os seres humanos se desenvolvem à medida que mantêm interações sociais saudáveis e, ao envelhecer, a qualidade e frequência dessas relações tornam-se importantes fatores de proteção perante às adversidades da vida. Os

vínculos interpessoais contribuem para a construção da identidade do idoso e, principalmente nessa etapa da vida, o papel da família passa a ser essencial, pois, em muitos casos, o círculo de amizade tende a reduzir-se drasticamente com o decorrer da idade e os familiares passam a ser o único meio de rede social disponível.

No período pandêmico, em que o isolamento social trouxe consequências para todos, é relevante salientar que os laços sociais ficaram comprometidos. Aristóteles (384 - 322 a.C.) já afirmava que o homem é um sujeito social que, por natureza, precisa pertencer a uma coletividade.

Ainda nessa perspectiva, de acordo com Delfino (2019), os relacionamentos desenvolvidos ao longo da vida são determinantes para o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos; e relata que

pensando como agente potencializador, as relações sociais são particularmente importantes, pois oferecem ao indivíduo um entorno de segurança e proteção. Além disso, atuam ainda como moderadoras do estresse, colaborando com a saúde física e mental das pessoas e contribuindo para que elas se sintam mais amadas e tenham uma autoestima elevada. Quanto mais adequado o suporte social fornecido (especialmente por familiares e amigos íntimos), maior é a resiliência da pessoa idosa perante à situação adversa e, conseqüentemente, melhor o bem-estar subjetivo (2019, p. 10).

O entendimento de De Masi (2000, p.148), acerca d'O Ócio Criativo', é altamente pertinente, pois ele, de certa forma, nos força a olhar para o que nós entendemos por qualidade de vida, que deveria ser avaliada sob dimensões diversificadas e não unicamente como fatores isolados: "A plenitude da atividade humana é alcançada somente quando nela coincidem, se acumulam, se exaltam e se mesclam o trabalho, o estudo e o jogo; isto é, quando nós trabalhamos, aprendemos e nos divertimos, tudo ao mesmo tempo".

Entende-se que, nesse sentido, tal plenitude se relaciona à percepção, pelo idoso, de felicidade; e em relação a ela, Gaarder (1999, p. 131) afirmava que na compreensão de Aristóteles, "o homem só é feliz se puder desenvolver e utilizar todas as suas faculdades e capacidades". Pode-se presumir que a felicidade é de suma importância para o homem de forma abrangente; mas para o idoso, o que seria felicidade?

Entende-se que ela viria de mais autonomia, de respeito ao seu livre pensar e agir, à sua possibilidade de mobilidade tanto física quanto social, no sentido de agrupar-se e viver com dignidade.

Passando a uma dimensão biológica do envelhecimento, Zatz & França (2021, p. 59), no livro “O legado dos genes”, salientam que

mesmo que a receita para uma vida longa esteja gravada no nosso DNA, outros fatores conspiram para o bom ou o mal desempenho para quem já passou dos sessenta. O tipo de alimentação, o nível de atividade física, o tabagismo, o acesso a serviços de saúde, o ambiente, a educação, as experiências emocionais – todos esses são fatores que contribuem para “ligar” ou “desligar” genes, ou seja torná-los ativos ou conservá-los adormecidos. (Grifos das autoras)

As autoras acima trazem contribuições importantes para se compreender o processo de envelhecimento genético a partir de estudos do genoma humano desenvolvido pelo Centro de Estudos do Genoma e Células-Tronco (CEGH-CEL) da Universidade de São Paulo (USP). Um estudo realizado a partir do “*Projeto 80 mais*” consiste na coleta de DNA de voluntários com 80 anos ou mais, saudáveis, para se criar um banco de dados de genomas e entender os mecanismos responsáveis pelo envelhecimento saudável.

De acordo com Zatz (p. 36), a geneticista que coordena o projeto do CEGH-CEL,

queremos entender como funcionam os neurônios, as células musculares, as células de vasos sanguíneos em pessoas que mantêm fisicamente saudáveis após os oitenta anos. Saber os mecanismos que protegem essas pessoas dos aspectos físicos do envelhecimento poderá abrir caminho para novos tratamentos que beneficiem a todos.

No entanto, se a genética pode atuar na prevenção de doenças e proporcionar uma vida saudável aos idosos, ela sozinha não poderá determinar o destino das pessoas longevas. O envelhecimento saudável e, conseqüentemente, a longevidade poderão ser influenciados por diversos fatores como os apresentados anteriormente.

Ainda nessa perspectiva, Gottlieb et al. (2007, p. 273) relatam que

fatores ambientais, como estilo de vida e dieta, desempenham papel fundamental no fenômeno do envelhecimento. Ou seja, a genética não é uma rota determinística, e cada vez mais pode ser “manipulada” em benefício da saúde. Além disso, o conhecimento da genética do envelhecimento e doenças associadas proporciona, cada vez mais, a elaboração de instrumentos clínicos para o benefício das pessoas idosas. (Grifo das autoras)

No entanto, as autoras ainda mencionam que não é somente o estilo de vida que influencia para que possam surgir as doenças na velhice. Elas sinalizam que há pesquisas e evidências científicas recentes que mostram que as condições de vida pré-natal e pós-natal também são importantes fatores que precisam ser controlados a fim de minimizar a prevalência de doenças que podem surgir no decorrer do ciclo de vida.

Em um trabalho de campo desenvolvido por Oliveira (2018, p. 70) com 253 idosos centenários, concluiu-se que “[...] não só os aspectos genéticos, mas também os nutricionais e hábitos de vida, têm impacto no envelhecimento humano, quer de forma isolada, quer em interação uns com os outros, havendo ainda muito para desvendar neste domínio”.

A pesquisa também evidencia que a existência de familiares centenários pode apresentar influência na longevidade, mas não seria determinante, porém, de toda forma, é característica favorável. E a pesquisa relata também que os idosos centenários valorizam um sono reparador, quase não comem enlatados, buscam contato com a natureza, animais e plantas, além de não fazer muito uso de medicamentos.

Em outra pesquisa, Seki (2017, p. 16) mostra que “a adoção de um estilo de vida saudável, ativo, com a presença de atividades ocupacionais prazerosas, mesmo após a aposentadoria e a adesão a grupos proporcionam além de benefícios físicos a socialização, podem ser determinantes para uma vida longa e saudável”.

No Brasil, tem sido comum os grupos de convivências voltados aos idosos, que têm contribuído fundamentalmente para melhoria da autoestima, estimulando a autonomia e trazendo bem-estar aos participantes e mudanças positivas na saúde. Segundo Wichmann et al. (2013, p. 823) “os grupos de convivência são uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com

dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável". Ainda, segundo as autoras,

os grupos de convivência têm sido uma alternativa estimulada em todo o Brasil. De maneira geral, inicialmente os idosos buscam, nesses grupos, melhoria física e mental, por meio de exercícios físicos. Posteriormente, as necessidades aumentam, e as atividades de lazer, como viagens, também ganham espaço, além do desenvolvimento de outras atividades, sempre promovendo atividades ocupacionais e lúdicas.

São incontáveis os benefícios que a convivência grupal pode trazer para as pessoas idosas, como a melhoria das habilidades cognitivas, sociais e psicológicas, reduzindo quadros de depressão, muitas vezes ocasionada pela sensação da perda de um papel social que acontece logo após a aposentadoria. Dentre outras vantagens, a interação social advinda dos encontros com os pares de idade pode evidenciar momentos prazerosos de resgate da autoestima, a reconstrução da identidade, fortalecer vínculos e trazer um sentido em suas vidas que minimize o vazio existencial que tende a surgir com o avançar da idade.

No livro *IKIGAI*, "Os segredos dos japoneses para uma vida longa e feliz", fruto de uma pesquisa com os habitantes longevos da ilha de Okinawa ao sul do Japão, García e Miralles (2018) sinalizam diversas práticas dos japoneses que merecem ser destacadas. Em Okinawa existe uma aldeia chamada "a aldeia dos centenários", que apresenta o maior índice de longevidade do mundo e foi lá que os autores realizaram seu trabalho de pesquisa. O trabalho de campo trouxe muitas contribuições para o entendimento da longevidade e envelhecimento saudável, tais como:

- Primeiramente, os japoneses utilizam-se de um conceito que explica a sua extraordinária forma de viver: "*IKIGAI*", que é a razão pela qual nos levantamos pela manhã. Encontrar esse propósito poderá contribuir para um "envelhecer sempre jovem" e feliz, proporcionando satisfação, felicidade e significado à vida, algo tão bem trabalhado por Vitor Frankl, que é encontrar o sentido da vida.
- O sentimento de pertencimento a uma comunidade, amizades, boas relações familiares e o trabalho em equipe os ajudam a aumentar sua expectativa de vida.

- Outro segredo está relacionado à alimentação. A sabedoria dos ancestrais recomenda que eles não comam até ficarem cheios; eles param quando sentem que seu estômago está 80% cheio. Além disso, comem alimentos saudáveis e antioxidantes, como peixes, verduras e outros com baixo índice calórico.
- Um fator essencial referente à longevidade está em manter uma mente ativa, flexível e continuar aprendendo. Quando o cérebro desenvolve rotinas rígidas e não sai da zona de conforto, não precisa mais pensar; por isso, continuar estimulando o cérebro com informações, habilidades e experiências novas poderá criar novas conexões neurais e contribuir para um envelhecimento saudável.
- Evitar o estresse, não se preocupar e manter-se tranquilo é fator determinante à saúde. O estresse potencializa o envelhecimento celular porque altera os telômeros (extremidades dos cromossomos que protegem nosso material genético). Assim, os japoneses escutam músicas relaxantes, fazem alongamentos e respirações profundas e praticam meditação.
- O estilo de vida sedentário é algo que não está na rotina dos longevos. Mesmo os idosos de noventa e cem anos são muito ativos, não ficam sentados olhando a janela e lendo jornal. Caminham muito, cuidam da horta, participam de atividades comunitárias e participam de exercícios como *yoga*, *tai chi chuan*.
- Dormir bem é um fator antienvelhecimento, por isso os japoneses cultivam hábitos e rotinas que privilegiam o sono reparador que auxiliam a prolongar a vida.

E para finalizar, algumas falas dos habitantes de Okinawa que merecem destaque ao serem perguntados sobre o segredo para uma vida longa:

- "Não se preocupar e ter um coração tranquilo, não o deixará envelhecer".
- " Ter boas rotinas. Uma vida longa depende de três coisas: exercício para a saúde, comer bem e reunir com as pessoas".
- " Cultivar as amizades".

- “Meu segredo para uma vida longa é dizer a mim mesmo ‘calma, devagar’. Sem pressa se vive muito mais. Fazer muitas coisas todos os dias, estar sempre ocupada, sem afobação”.
- “ Tenho noventa e oito anos, mas ainda me considero jovem. Tenho muito o que fazer”. “ Faço exercícios diariamente e, todas as manhãs, dou um pequeno passeio”.
- “Minha alegria é me levantar todas as manhãs às seis e abrir a cortina para olhar o quintal que tenho aqui ao lado para cultivar verduras. Vou a horta ver os tomates, as tangerinas. Adoro
- observar tudo isso, me relaxa. Depois de passar uma hora no quintal, volto para casa e preparo o café da manhã”.
- “ Otimismo. O mais importante na vida é sorrir. Rir, rir, é o mais importante. Todos os dias digo a mim mesmo: ‘ Hoje vai ser um dia com saúde e energia”.

Concluindo, é possível visualizar que muitas possibilidades são apontadas pela vivência dos centenários japoneses. Para se acrescentar vida aos anos relatam ser necessário realizar as atividades diárias com disposição e fazer coisas que realmente os fazem felizes. Manter-se em atividade é algo presente no cotidiano deles, seja para as próprias necessidades ou para proporcionar auxílio às pessoas com as quais convivem. Ajudar os outros traz um sentimento de pertencimento, de compartilhamento e torna a existência mais leve; o espírito de cooperação mútua é missão de vida para eles. Conectar-se com a natureza, para estes longevos, é um fator bem marcante que possibilita tranquilidade e recarregar as energias para enfrentar os desafios diários; além de propiciar uma alimentação mais natural e saudável com hortaliças advindas da própria horta.

Muitos são os fatores que contribuem para que essa população esteja entre os mais longevos do mundo com saúde e disposição, sendo frequente ver pessoas com mais de 90 anos e até mesmo centenários caminhando pelas ruas e cuidando com empenho da horta no quintal. Otimismo, boas rotinas, viver sem pressa, cultivar amizades e não se preocupar possibilitam uma vida salutar, demonstrando ser o segredo desta aldeia de japoneses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pluralidade ao envelhecer, a genética sozinha não é determinante, apesar da sua importante contribuição. Vários aspectos do estilo de vida como a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, sono adequado, exposição recomendada ao sol contribuem para proporcionar uma qualidade de vida aos idosos. A interação social também se apresenta como um recurso positivo e favorável à saúde psicológica dos indivíduos, especialmente dos idosos, na medida em que desperta o senso de pertencimento. As trocas de experiências entre os pares podem favorecer o gosto por atividades sociais que elevem a autoestima, o bem-estar e que podem ser entendidas como uma rede de suporte frente às mudanças que surgem com o processo de envelhecimento.

Se o envelhecimento humano é um fenômeno multifacetado, as pesquisas até então apresentadas confirmam que não existe um fator único que dê conta de explicar a complexidade do ato de envelhecer, porém apontam para alguns pressupostos que podem evidenciar um caminho mais promissor para uma velhice mais saudável e feliz. A frase "é preciso saber viver" fará parte do repertório daqueles que querem, não só viver bem, porém ter qualidade de vida e conquistar a tão desejada longevidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741. Acesso em 23 fev. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** (PNAD) 2017. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL (ILC-Brasil). **Envelhecimento Ativo**: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. Rio de Janeiro. Julho de 2015 Disponível em:< https://longevidade.ind.br/wp-content/uploads/2017/03/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol-tico-ILC-Brasil_web.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.

DELFINO, Laís L. **Revolução da longevidade e a pluralidade do envelhecer**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2019. (Série Universitária).

DE MASI, Domenico. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

GAARDER Jostein: **O Mundo de Sofia**. Companhia das Letras, 1999.

GARCÍA, Hector; MIRALLES, Francesc. **IKIGAI** - Os segredos dos japoneses para uma vida longa e feliz- Ed. Intrínseca. Rio de Janeiro.2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed.São Paulo: Atlas, 1999

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.57-24 63, 1995. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>>. Acessado em: 10 out. 2021

GOTTLIEB et al. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/7KqnMrJPcDmKQHBjkkj3Yxv/?format=pdf&lang=pt> Acessado em: 10 jan. 2022.

KALACHE, Alexandre. Respondendo à revolução da longevidade. **Ciência saúde coletiva**, vol.19 nº.8 Rio de Janeiro – Aug. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803306>. Acessado em: 06 nov. 2021

LEHR, Úrsula. **A Revolução da Longevidade**: sociedade, na família e no indivíduo. 1999. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4649/2566>>. Acessado em: 26 jan. 2022

MARCARTHUR FOUNDATION RESEARCH NETWORK ON SUCCESSFUL AGING. In: OLIVEIRA, J. I. Sousa. Envelhecimento bem-sucedido e envolvimento social: um estudo em Universidade Sénior. Mestrado (Gerontologia Social). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Nov. 2019. Disponível em:

<repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960./2425/1/ Joana_Oliveira.pdf>. Acessado em: 11 maio. 2022

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E. A. (Org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. (Coleção Antropologia & Saúde).

NUNES, Maria I.; LIMA, Tânia G. Envelhecimento bem-sucedido. In: NUNES, Maria I.; FERRETTI, R. E. de Lucena; SANTOS, Mariza dos. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2022.

OLIVEIRA, Alda P. da Silva. **Centenários em Portugal**: contribuição para o estudo de fatores genéticos e ambientais associados à longevidade. 2018. Tese (Doutorado em Medicina, especialidade Gerontologia). Disponível em:<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34420/1/ulsd731960_td_Alda_Oliveira.pdf> Acesso em: 05 fev. 2022

OLIVEIRA, Eylla K. de Santana; SILVA, Joilson P. da. Sentido de Vida e Envelhecimento: relação entre os pilares da logoterapia e bem-estar psicológico. Logos & Existência; **Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial** 2 (2), 135-146, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/16817>>. Acesso em: 17 nov. 2021

PRODANOV, Cleber C.; FREITAS, Ernani C. de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: < <https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acessado em: 21 jan. 2022

SEKI, Jaqueline Yumi. **História de vida e perfil de condição física e de saúde de idosa longeva com estilo de vida ativo**: um estudo de caso. Universidade Estadual Paulista. 2017. Disponível em: <[https://repositorio.unesp.br/handle/11449/155524? locale-attribute =en](https://repositorio.unesp.br/handle/11449/155524?locale-attribute=en)>. Acesso em: 26 jan.2022.

TAVARES et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatria. Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pSRcgwghsRTj-c3MYdXDC9hF/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 12 fev. 2022.

WICHMANN et al. Grupos de Convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** (2013). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/MZNRCXPFPPyrFLgqg8GRGZm/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 30 jan. 2022.

ZATZ, Mayana; FRANÇA, Martha S.J. **O Legado dos Genes** - 1ªEd. Objetiva. Rio de Janeiro, 2021.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 15

SAÚDE BUCAL

MARIA HELENA DE VASCONCELOS CATAO

Essa área temática pretende discutir trabalhos relacionados a distúrbios e doenças bucais na velhice, atendimento do paciente geriátrico em diferentes espaços como: consultórios, asilos ou na própria residência, interação das diversas doenças que repercutem no estado geral e bucal com o envelhecimento, tratamento das doenças bucais do paciente geriátrico para promoção da saúde e melhor qualidade de vida, aparelho mastigatório e sua importância no processo da digestão, nutrição, dieta e efeitos dos medicamentos sobre a saúde bucal dos idosos.

As diversas experiências enfrentadas ao longo da vida estruturam os diferentes valores que a saúde bucal tem para o paciente geriátrico. Dessa forma, é fundamental enfatizar que a cavidade bucal deve permanecer saudável para representar sedimentação dos cuidados, buscar por conhecimento e preocupação do idoso com sua saúde. (CATÃO et al., 2013, p. 54.)

Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catao

UEPB

SAÚDE É PLENITUDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE PARA IDOSOS COMUNITÁRIOS

SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA

Doutora em Psicologia. Docente do Mestrado Profissional em Gerontologia e do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, susanne.pc@gmail.com;

MIRELLA MARIA COSTA E SILVA

Graduanda pelo Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, costamirellamaria@gmail.com;

NILZA MARIA CUNHA

Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, nilza.cunha@academico.ufpb.br;

ANA SUERDA LEONOR GOMES LEAL

Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, carloana@terra.com.br;

RESUMO

Este estudo objetivou identificar as representações sociais de idosos comunitários sobre saúde. Participaram 60 pessoas, sendo trinta com idades entre 60-70 anos e trinta acima de 70 anos. Utilizou-se como instrumentos para coleta questionário com dados sociográficos e entrevista, analisada pelo programa Alceste. Os resultados demonstraram que as representações de Saúde estão dispostas em três classes: saúde é plenitude; prescrição médica e cuidados domésticos de outrora. Estas informam o quanto saúde é algo controverso, que depende da vontade de Deus e dos recursos da medicina, embora possa estar ameaçada pelas doenças que acontecem na senescência. Conclui-se que os idosos representam a própria saúde como algo frágil e que merece cuidados, mesmo que se sintam protegidos de diversos males pelos cuidados realizados através da medicina popular.

Palavras-chave: Representações Sociais, Saúde, Idosos.

INTRODUÇÃO

As questões referentes à saúde do idoso têm suscitado muitas discussões nos últimos anos, especialmente no que tange aos problemas evitáveis que podem culminar em maior morbimortalidade para a faixa etária. Os cuidados preventivos, dentre eles a imunização, contribuem para a melhoria da qualidade de vida e precaução de algumas doenças, responsáveis por milhares de óbitos em todo o mundo, especialmente nas pessoas acima de 60 anos de idade. Esta preocupação gerou mobilizações em muitos países que, pelo crescimento do número absoluto de seus idosos devido ao envelhecimento populacional, buscaram adequar políticas de saúde para promover um envelhecer saudável e ativo.

Em 2017, pessoas mais longevas superaram a marca dos 30,2 milhões, o que representa cerca de 15% da população brasileira, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, representando um ganho de 4,8 milhões de idosos desde 2012 (IBGE, 2017). Cabe destacar que um país é considerado estruturalmente envelhecido quando 7% de sua população é idosa, merecendo atenção especial.

O processo de envelhecimento é uma consequência natural; a incapacidade funcional associada a essa etapa do desenvolvimento do ser humano e suas perdas sociais configuram-se como grande preocupação para a saúde pública. Por isso, é necessário garantir que a população tenha um envelhecimento saudável e com acompanhamento adequado nos mais variados âmbitos (SIMÕES, 2016; FREITAS; PY, 2018).

A saúde, em especial a do idoso, é um tema recorrente em todas as culturas, sendo um objeto de forte impacto na vida das pessoas. Tanto ela como a sua ausência remete à vida e a morte, à força e à fragilidade do ser (ALMEIDA; SANTOS, 2011). Assim, a saúde e a doença na velhice compreendem muitos significados conflitantes, incluindo alterações do cotidiano que determinam e interferem nas relações sociais estabelecidas. Quanto mais saudável seja, mais e melhor viverá uma população, o que pode ser produto de políticas bem formuladas e implementadas, que tenham na promoção da saúde o seu foco.

Os idosos situam-se no grupo de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual estabelece que as políticas de saúde

voltadas para o envelhecimento devem considerar os determinantes que cercam as pessoas ao longo de toda a sua vida, superando as práticas tradicionais que levam em conta somente o tratamento clínico de doenças. A terceira idade parece estar associada aos problemas e riscos que atingem os idosos desde outrora, sendo que muitos deles ainda acontecem pelo fato de o envelhecimento torná-los mais vulneráveis a incapacidades, produzidas especialmente pelas condições do meio em que vivem muito mais do que pelo fato de estarem simplesmente velhos (VERAS; CALDAS, 2009).

O conhecimento produzido acerca do processo de envelhecer melhor permitiu, em grande número de casos, a reparação de danos sofridos, como também a realização de programas educativos com o intuito de evitar os males físicos e problemas de ajustamento nessa fase. Porém, é sabido que lançar a informação sobre o que as pessoas devem fazer não será válido se elas não puderem colocar em prática pela falta de recursos, sejam quais forem estes (FREIRE; RESENDE, 2001).

Portanto, planejar ações voltadas à saúde do idoso vai além do tratamento de doenças e da medicalização da saúde, requerendo dos profissionais, de uma maneira multiprofissional, a realização de atividades em que o idoso se sinta socialmente ativo em seu contexto e desenvolva sua autonomia, independência e participação, especialmente na atenção básica, que é o contato mais direto entre usuário-serviço de saúde. Aliado a isto, a reflexão sobre suas ações e práticas de cuidado ofertadas ao idoso garante ao usuário um atendimento digno e humanizado, compreendendo-o em sua totalidade (AMTHAUER; FALK, 2017).

É notável que a maioria dos problemas de saúde que afetam a população tem caráter prevenível, inclusive os relacionados às doenças não transmissíveis. Existe um entendimento geral de que cuidar dos idosos vai além da saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social e as atividades físicas e mentais são elementos importantes para a manutenção da capacidade funcional. Mas ainda existe grande dificuldade em perceber essas ações como parte integrante do cuidado. Também é fundamental que informações de qualidade sejam utilizadas, além de ações preventivas. Essa abordagem pode reduzir hospitalizações e outros procedimentos mais complexos e onerosos (VERAS; CORDEIRO, 2019).

A partir da compreensão de que as questões ligadas à saúde fazem parte do cotidiano dos idosos, visto todos os esforços canalizados para a prevenção das moléstias e de suas complicações, culminando na manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida, faz-se necessário entender mais sobre o que perpassa o universo dos idosos no tocante ao assunto. Por este motivo, as representações que os envolvem são singulares, devendo ser compreendidas e trabalhadas no intuito de não perpetuar ideias dicotômicas, norteadas inclusive ações em saúde.

A noção de representações sociais (RS) ocupa um lugar particular na Psicologia Social. Durante algum tempo ela não foi reconhecida como um domínio específico em razão dos enfoques behavioristas que dominaram os estudos da percepção social. Assim, o entendimento de representação social designa, de forma geral, uma atividade mental através da qual se torna presente à mente, por meio de uma imagem e um significado, um objeto ou um acontecimento socialmente compartilhado. Isto significa dizer que a pessoa não está abstraída da realidade social, nem condenada a reproduzi-la. "Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito" (JOVCHELOVITCH, 2017, p.78).

O criador da Teoria das Representações Sociais (RS), o psicólogo Serge Moscovici (2004), em seu estudo que deu origem à mesma, tentou compreender mais profundamente de que forma a psicanálise era ressignificada pelos grupos populares, observando então, que as teorias existentes não explicavam a realidade em outras dimensões. Para o autor, as representações sociais podem ser entendidas como:

"um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, aos mitos e sistemas das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum" (MOSCOVICI, 2004, p. 181).

A Teoria das Representações Sociais permite acessar o modo pelo qual um sujeito simplifica a realidade complexa, transformando os fenômenos desconhecidos em familiares, sendo a finalidade de um estudo de RS selecionar e delimitar as dimensões do fenômeno-objeto.

Assim, a representação é de alguém (sujeito) que a elabora e a respeito de alguma coisa (objeto) que é elaborada.

Oliveira e Werba (2017) destacam três níveis de discussão e análise das RS: o Fenomenológico, o Teórico, e o Metateórico. No fenomenológico, trata-se dos objetos elementos da realidade social, saberes do senso comum, surgidos na relação interpessoal cotidiana, com o objetivo de compreender e controlar a realidade social. O nível Teórico abrange às definições e conceitos referentes às RS. O Metateórico caracteriza-se pelas discussões, debates, críticas e comparações da teoria com outras.

Pelo exposto, este estudo objetivou identificar as representações sociais (RS) de idosos acerca da saúde, avaliando diferenças destas entre os idosos mais jovens (60-70 anos) e os mais velhos (acima de 70 anos).

Com a realização desse estudo, espera-se que novos olhares e práticas sejam incentivadas e discutidas, cooperando com a excelência do atendimento ao usuário idoso e suas famílias. Além disso, é importante perceber soluções viáveis a um atendimento que respeite os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e permita a sua consolidação, envolvendo todos os seres deste processo (profissional de saúde, idosos e famílias), orientando os trabalhadores das equipes de saúde quanto à adoção de estratégias que possibilitem cuidar no sentido mais amplo da palavra, compreendendo o idoso em sua totalidade.

METODOLOGIA

Este estudo é de abordagem qualitativa, realizado no município de Petrolina, Sertão Médio Pernambucano, Brasil. Quanto à sua natureza, foi descritivo, o que de acordo com Lakatos e Marconi (2017) consiste em uma investigação cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos. Buscamos responder a questões particulares, não podendo quantificar o que foi encontrado, trabalhando com o universo de significados, crenças, valores e atitudes.

A amostra foi constituída por sessenta idosos que atendiam aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 60 anos (30 entre 60 e 70 anos e 30 acima de 70 anos de idade); cadastro em Unidade de Saúde, recebendo a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS); anuência

em participar do estudo. A seleção foi feita com a ajuda das equipes de saúde, que indicavam os idosos que se enquadravam em tais critérios.

A coleta de dados foi realizada por questionário sociográfico e entrevista, que acontecia no ambiente domiciliar dos participantes, guiada por tópicos sobre a temática e gravada em aparelho de áudio com posterior transcrição.

O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/12 e garantindo o anonimato. A coleta só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética (CAAE - 4478.0.000.441-10).

O material produzido deu origem ao *corpus*, tratado através do sistema de análise quantitativo de dados textuais, o programa ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, desenvolvido por Max Reinert. Trata-se de um programa informático de análise quantitativa dos dados textuais que se diferenciou dos demais ao possibilitar que recuperasse o contexto em que as palavras ocorriam. Assim, através da análise lexical do material textual, apresenta contextos caracterizados pelo vocabulário compartilhado pelos participantes, identificando o que é comum e associando o léxico e o contexto, traduzindo a mensagem (CAMARGO, 2005).

O relatório gerado pelo ALCESTE classificou 60 Unidades de Contexto Elementar (UCE), considerando relevante 77,44% do material. A literatura coloca que para garantir a estabilidade dos resultados, é aceitável a classificação de, pelo menos, 70% das unidades de texto. Desse modo, as ideias organizadas pelo programa foram agrupadas em 3 classes, por sua vez dispostas através do dendrograma (KRONBERGER; WOLFGANG, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média das idades situou-se em torno de 71 anos. Predominou o sexo feminino (71,7%), assim como pessoas que nunca estudaram (35%) ou que não concluíram o ensino fundamental (30%). Quanto à situação conjugal, 65% eram casados e 23,3% viúvos – e destes, 93% eram mulheres. O predomínio do sexo feminino é algo peculiar quando se trata de estudos com população idosa. Esta característica deve-se

a fatores como a maior longevidade feminina, um fenômeno que vem acontecendo em todo o mundo.

A maioria não trabalhava (75%), tendo como ocupação atividades ligadas ao cuidado do lar (50%), agricultura (21,7%) e comércio (10%). Apenas 23,3% não apresentavam doenças crônicas, sendo que dentre aqueles com diagnóstico para estas patologias, 37% não utilizava as medicações prescritas regularmente. As internações hospitalares por causas relacionadas ao envelhecimento foram relatadas por 40% dos participantes.

Vale ressaltar que 86,6% deles eram adeptos da vacina contra influenza oferecida pelo serviço de saúde aos idosos anualmente. Embora acima da média brasileira de vacinados, tal valor encontra-se em consonância com dados do município, no entanto ressalta-se a necessidade de as equipes de saúde investigarem motivos que levam muitos a não aderirem à vacina. Destarte, mitos podem ser desfeitos e a melhoria da cobertura alcançada, evitando as ainda altas taxas de infecções respiratórias como consequência da baixa imunidade.

O corpus das entrevistas, após processamento, foi dividido em 3 classes: *Saúde é plenitude*; *Prescrição médica* e *Cuidados domésticos de outrora*, com proximidade de 0,52. Estas duas últimas classes encontram-se com uma relação de proximidade entre si (0.50), caracterizando o sub-eixo *Cuidados com a saúde*. Tais dados podem ser claramente observados no Dendrograma (Figura 1).

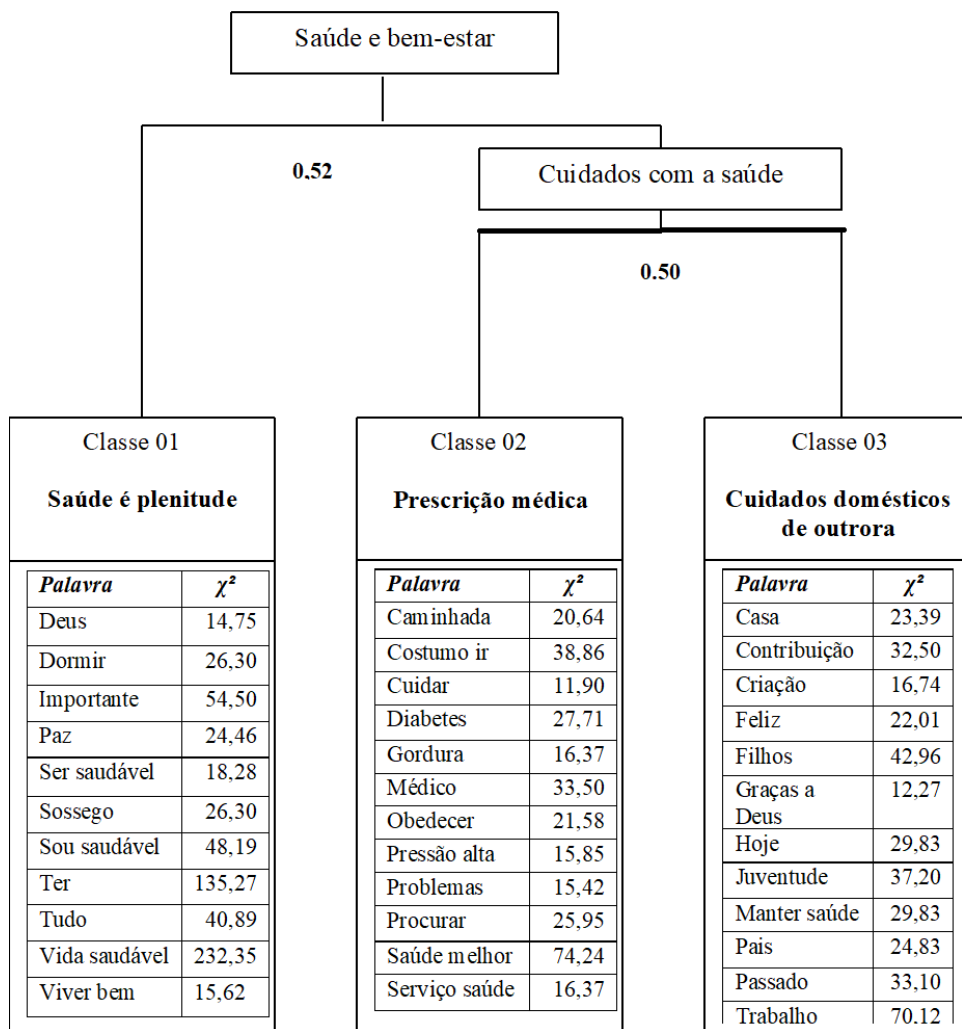
Representações sociais de saúde

O eixo Saúde e bem estar demonstra o quanto à saúde é complexo para os participantes. Ao pensar em saúde, eles a atribuíam sob a responsabilidade de outrem, possibilitada por um ser superior; é também marcada pelas limitações e problemas que decorreram da idade, acarretando em patologias crônicas e ajustada pelo assistencialismo médico, que prescreve medicamentos de uso prolongado na tentativa de melhorar os desconfortos encontrados.

#eu me apegava #muito com deus quando estava #sofrendo, que já #sofri #muito, já #trabalhei #muito no cabo da enxada. #era isso que eu #cuidava! #mas #era #feliz, satisfeita, e #tinha felicidade.

#gracias_a_deus, eu me #sinto uma pessoa saudável, #gracias_a_deus. e com o sofrimento e com algumas coisas que eu senti. #naquela #época eu pensava que o mundo #era #meu, #mas #comecei a ver que #nao #era #assim, #gracias_a_deus.

Figura 1: Representações Sociais de Saúde por idosos comunitários.



Fonte: elaborado pelas autoras.

O envelhecimento promove íntima relação com a busca pela espiritualidade, tendo impacto desde o envelhecimento bem-sucedido até

os cuidados no fim da vida, sendo esta uma função importante na manutenção do bem-estar. Logo, as necessidades espirituais crescem à medida que se aproxima a finitude da vida (LUCCHETTI et al., 2011). Ter saúde e ser idoso parece aos participantes uma dádiva ofertada por Deus, sendo este o principal determinante da dicotomia saúde/doença ao envelhecer.

A influência da fé na saúde tem sido amplamente discutida. Muitos estudos investigam a temática, concluindo que o enfretamento do processo saúde/doença é vivenciado de maneiras diversas quando se acredita numa força superior. Por este motivo, os profissionais de saúde devem avaliar as necessidades espirituais desse grupo específico, visando melhorar sua qualidade de vida, que funciona como um recurso terapêutico (LUCCHETTI et al., 2011; SANTOS; ABDALA, 2014).

A figura de um ser supremo, muitas vezes, permitia que o idoso vivesse bem, saudável, pleno, sendo a inatividade considerada por eles um castigo divino. Para eles, quando há ausência de saúde não se pode estar tranquilo, conforme exposto pela Classe 1 do Dendrograma: saúde é sinônimo de plenitude. As concepções da doença são geralmente associadas à disfunção do corpo - já envelhecido - com particular relação biomédica, reduzindo-as ao âmbito individual, motivada entre outras coisas pela longevidade, conforme exposto.

eu não sentia, não tinha nada, agora eu sinto e #já #fico #nervosa.

#pra #ter_uma_saúde_melhor #tem que ter #regime, descanso, porque quando é novo #trabalho muito, caiu na #idade, #vai ter #um descanso se #puder.

#pra #ter_uma_saúde_melhor é a gente se #manter firme, #tranquilo, sem pensar em besteira. A gente #procurar se #manter dentro #do padrão de #idoso, tomando seus remédios #controlados #direitinho.

Por estar, na maioria dos casos, a saúde comprometida, a doença teve peso significativo nas representações dos participantes. Esta abala a autonomia e independência do ser, necessitando que este se reinvente. Também se percebe que a busca pela saúde acontece muito mais quando o idoso se encontra enfermo e a unidade corporal abalada (TONELI; MÜLLER, 2011).

Dessa forma, o adoecimento é visto como comprometedor, pois além de ameaçar a saúde e o bem-estar, interrompe atividades

cotidianas, sendo o aparecimento da doença para os idosos um fato lamentável (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010). Porém, os problemas decorrentes do adoecer ao envelhecer mostram-se como possíveis de serem superados, de maneira que uma boa velhice possa ser usufruída (BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011). Destarte, percebeu-se que a crença de que Deus cura os males e possibilita uma vida melhor, afastando o adoecimento, aliada à medicalização da saúde, traz à tona as representações sociais dos idosos de que a plenitude do ser decorre desses dois fatores.

Cabe acrescentar que as representações de saúde centradas no cuidado realizado pelo profissional médico, que prescreve medicações a fim de curar doenças ou impedir as complicações decorrentes delas e promovendo a melhoria da saúde, incluindo outros cuidados preventivos, foi algo bastante presente, podendo ser observado também na Classe 2 do Dendrograma. As duas categorias – médico e remédio – remetem a ideia de que buscavam os serviços de saúde para realização de check-ups quando da instalação de patologias, acreditando ser isto uma forma preventiva de manter a saúde, conforme exposto a seguir:

eu #costumo_procurar_o_servico_de_saúde sempre.
#qualquer coisinha que eu sinto já estou #indo lá, porque
a gente #tem a obrigação de #procurar #os médicos, #pra
#eles passarem remédios, #pra #poder a gente não #ficar
muito doente.

de vez em #quando eu #dou uma visita #no #médico.
#procuo pra arrumar mais saúde. #procuo o #médico,
ele é #clínico, é #médico #geral. às_vezes #vou de #seis_
em_seis_meses, às_vezes menos, porque elas #só dão
#remédio #no #posto_de_saúde se tiver #consulta. aí de
vez em #quando eu #vou lá.

Um estudo encontrou resultados semelhantes, afirmando que o check-up periódico se relacionava como os principais cuidados necessários à saúde, recorrendo-se à consulta médica quando doente, e não como medida preventiva (BRITO; CAMARGO, 2011). Os idosos geralmente consideram normal ir ao médico ou tomar remédios, mas isto deve ser feito quando é realmente (CAMARGO et al., 2011), estando à objetivação da saúde personificada na figura do médico e do

medicamento como algo que evita os danos decorrentes de doenças instaladas.

Faz-se mister acrescentar que o Sistema Único de Saúde do Brasil, com sua filosofia de cuidados preventivos, é ainda muito jovem comparando-se à sociedade em geral, que se habituou a buscar o profissional médico – figura ainda difícil de encontrar para muitos do sertão nordestino – quando não havia mais outra possibilidade de tratamento. Estes elementos fornecem ainda subsídios que demonstram a confiança depositada pelos idosos no profissional de saúde e nas suas recomendações, que acabam sendo adotadas ou não de acordo com a situação vivida (DIAS et al., 2011).

conforme a #parte que eu tiver #sentindo eu #vou. não é #todo mês que eu #estou em #médico não. #quando eu #só tenho uma #coisinha #só, eu não #vou pra #médico. #agora #quando eu tô me #sentindo #mesmo que tô doente, aí eu acordo e #vou #no #médico #mesmo.

então #você #tem que estar sempre #fazendo o que o médico #manda. #os serviços_de_saúde que eu vou são variados, eu sempre procuro o #postinho_de_saúde #do bairro.

Observando os recortes, deve-se destacar que práticas saudáveis devem ocorrer durante todo o curso da vida, evitando o acúmulo de problemas que desencadearão doenças crônicas tão comuns na velhice, embora se reconheça a importância do médico e das tecnologias existentes, sendo que estes não devem ser encarados como infalíveis.

Como forma de melhorar a qualidade de vida e saúde, mantendo a autonomia e a tranquilidade, os exercícios físicos também foram citados. Nota-se que para os idosos, viver melhor pode ser possibilitado também pela atividade corporal. Alguns estudos revelaram que pessoas acima de 60 anos valorizam o exercício como prática para manutenção da saúde, já que este pode retardar declínios funcionais e suas limitações, além de promover contato social, contribuindo para diminuir a incidência de várias doenças. Assim, manter-se fisicamente ativo beneficiará diretamente a relação saúde/doença (DIAS et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2011).

#pra #ter_uma_saúde_melhor #tem que #às_vezes #fazer uma #caminhada, uma fisicazinha, é bom. de #qualquer #maneira eu não fico parada não.

#saúde e #ter #uma #boa #alimentação e praticar #esporte.

No entanto, embora as pessoas demonstrem conhecimento acerca da importância de exercitar-se, a maioria dos idosos brasileiros - cerca de 60 % - é considerada sedentária no que tange a esta prática, prejudicando-os em diversos aspectos (TRINDADE et al., 2011).

Aliada à concepção de que a saúde se relaciona com o movimento do corpo, encontramos a alusão ao trabalho como demonstrativo de estar bem. Sobretudo os homens, mas também as mulheres, referiram que o trabalho é fonte de saúde, pois permite além da convivência social, a comprovação de que ainda se está em atividade, sendo útil e auxiliando no sustento da casa, ancorando-se no valor social do trabalho. O adoecimento, ao contrário, compromete a capacidade funcional, impedindo-os de exercer suas funções trabalhistas, independentemente de quais sejam estas, e manterem-se ativos (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2011; BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011).

#trabalhei #muito. até #hoje estou saudável, #gracias_a_deus. #trabalhando, #trabalhando pra #me_manter_saudável, pra #trabalhar pra #meus #filhos, #meus #netos.

#não #sou #muito de evitar trabalho, eu #sou restaurada no trabalho. eu trabalho em #casa. eu já #trabalhei, #tinha comércio, venho #trabalhando. #nunca parei. mesmo #assim, estou sem comércio, #mas #não paro. eu que #resolvo #minhas coisas na cidade, as coisas #dos outros, porque eu ajudo #alguém se precisar.

De acordo com outros estudos, o trabalho contribui para o cuidado com a saúde, pois além de possibilitar a dignidade, fornece recurso financeiro para a busca desse cuidado, e o adoecimento pode causar mais dor e sofrimento por incapacitar a pessoa para as suas atividades laborais (ALMEIDA; SANTOS, 2011; TRINDADE et al., 2011). Embora o trabalho seja condição central para a vida de muitos idosos por ter sido algo que aconteceu precocemente em suas vidas, nem toda atividade é salutar. Assim, necessita-se olhar com afinco as condições

de trabalho, a fim de garantir segurança e manutenção da integridade física para os mesmos (SÁ et al., 2011).

o médico me disse que eu trabalhar não me ofende não. não #trabalho no #pesado porque não aguento mais, #por #causa da #pressão que é #alta. quando eu #trabalho fico sentindo mal. eu #faço #alguma coisa menor.

fomos #criados #trabalhando. fomos #criados #trabalhando mesmo. #hoje eu estou colhendo tudo o que plantei. #quero #dizer que #hoje, tudo que eu estou #sofrendo, #quase aleijada #das pernas, #foi de tanto #trabalhar na #roça.

Assim, tem-se um estereótipo de saúde ameaçada, mas que com a ajuda da ciência, de determinados cuidados adquiridos desde outrora - como apontou a Classe 3 do Dendrograma - e da supremacia divina, previne-se o adoecimento e alavanca-se a vida. Saúde e bem estar, plenos, decorrem de práticas do idoso, distintas e complementares: o seguimento de ensinamentos e prescrições médicas somente não daria conta da necessidade de melhoria na saúde afetada, até mesmo pelas limitações de cada um.

Por isso mesmo, cuidados domésticos adquiridos muitas vezes desde a juventude, surgem como de grande valia para melhoria da situação de saúde. Observa-se, então, que o universo reificado caracterizado pelo conhecimento científico que auxilia os idosos quando da instalação de patologias que ameaçam a vida, de acordo com as representações sociais dos mesmos, constrói-se ao lado do universo consensual, adquirido através da cultura popular perpassada a partir dos familiares e coletividade, remetendo-os a juventude e ao seu passado.

Moscovici (2009, p. 25) discutiu esta questão partilhando que as representações sociais não são apenas difusas no senso comum e concernem todos os aspectos da vida de uma minoria, apoiando-se sobre a "autoridade da tradição" e sobre a ciência. Assim sendo, as representações dos idosos acerca da saúde ancoram-se nesta complementaridade de cuidar-se através de práticas domiciliares quando não há risco eminente e buscar o profissional médico para curativismo quando a situação parece ser mais complicada do que de costume, evitando-se a instalação de danos que possam ser duradouros ou permanentes.

O idoso tem particularidades conhecidas, já que possui mais doenças crônicas e fragilidades. Envelhecer, ainda que de forma saudável, envolve alguma perda funcional, o que denota que a atenção ao idoso deve ser ocorrer de maneira diferente daquela realizada para adultos jovens (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Conforme ocorrem alterações no perfil etário da população brasileira, notam-se implicações decorrentes do processo de envelhecimento, que se torna um desafio para o poder público, sociedade, setores da saúde e todos aqueles que possam promover saúde, segurança e melhoria na qualidade de vida (ALVES, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciaram que os idosos buscam cuidar-se através de medidas caseiras, uso de medicamentos e adesão a diversas condutas orientadas pelo profissional de saúde que os acompanham, não havendo constatação de diferenças nas representações por ser mais jovem ou mais velho. A não diferenciação dos resultados conforme subgrupo etário nos levou à opção de relatar e analisar os dados de forma conjunta. O fato de estar ou não saudável foi atribuído à responsabilidade de Deus, em sua grande maioria. A passagem para a velhice os remete a uma ideia do fim da vida, estando eles a esperar pelo chamado divino que marcaria a conclusão do ciclo vital.

Assim, representaram a saúde como algo preocupante, apoiando-se e confiando nos recursos da medicina para melhorar o quadro instalado. A saúde para os participantes, conforme se pode observar, é algo que em parte independe das condutas individuais, já que Deus determinaria o que cada um deve ter no que se refere às patologias de longa duração. Tanto é que os cuidados preventivos só foram valorizados a partir da chegada da velhice. Tem-se, então, uma saúde medicalizada e focada na doença pelos próprios idosos. O bem estar e a plenitude do ser decorrentes da saúde ligavam-se às práticas do idoso pelo cumprimento da prescrição médica e de alguns cuidados domésticos, regulados pelos saberes herdados de suas gerações anteriores. Observou-se que se eximiam de culpa pelo surgimento de doenças crônicas.

Observou-se, ainda, que os conhecimentos que dizem respeito ao universo consensual caminham ao lado do reificado, complementando-se. É necessário, a partir destes dados, intensificar medidas de educação em saúde tanto para os profissionais da área quanto para a própria comunidade, instruindo-os sobre a importância da promoção da saúde, que deve acontecer desde a mais tenra idade, evitando que a esta fase seja vista apenas como propiciadora de problemas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. Representações Sociais masculinas de saúde e doença. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora; 2011. p.99-128.

ALVES, Karoline de Lima. **Violência e Maus-Tratos Contra a Pessoa Idosa: um estudo de representações sociais**. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Rev Fund Care Online**, 9(1):99-105, 2017.

BIASUS, F.; DEMANTOVA, A.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. **Temas psicol.**, 19(1): 319-36, 2011.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas psicol.**, 19(1): 283-303, 2011.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2005. p.511-539.

CAMARGO, B. V.; CAMPOS, P. H. F.; TORRES, T. L.; STUHLER, G. D.; MATÃO, M. E. L. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas psicol.**, 19(1):179-92, 2011.

DIAS, J. A.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F.; SOUZA, L. C. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Esc. Anna Nery.**, 15(2):372-79, 2011.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C. Sentido de vida e envelhecimento. In: NERI, A. L. **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papyrus, 2001. P. 71-97.

FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2018.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, 44(2): 407-12, 2010.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017**. Disponível em: <http://www.asdfree.com/search/label/pesquisa%20nacional%20por%20amostra%20de%20domicilios%20continua%20%28pnadc%29>

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. p.63-85.

KRONBERGER, N.; WOLFGANG, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p.416-441.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; NASRI, F.; NACIF, S. A. P. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, 14(1):159-67, 2011.

MOSCOVICI, S. Preconceito e Representações Sociais. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus. 2009. p.17-34.

NASCIMENTO, A. R. A.; Trindade, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F.; PEREIRA, F. B.; SILVA, S. A. T. C.; CERELLO, A. C. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. **Saúde e Sociedade**, 20(1):182-94, 2011.

OLIVEIRA, D.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: STREY, M. N. (Cols). **Psicologia social contemporânea**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. p.104-117.

SÁ, C. M. S.; SOUZA, N. V. D. O.; CALDAS, C. P.; LISBOA, M. T. L.; TAVARES, K. F. A. O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. **Cogitare Enferm.** 2011;16(3):536-42.

SANTOS, N. C.; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, 17(4):795-805, 2014.

SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. 4. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

TONELI, M. J. F.; MÜLLER, R. C. F. A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia do gênero nos significados de saúde/doença em Florianópolis/SC. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora; 2011. p.79-97.

TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R.; CORTEZ, M. B.; CEOTTO, E. C. A saúde do homem: contribuições para o

cuidado. TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM Editora; 2011. p.201-213.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. A promoção da saúde de uma população que envelhece. In: Dallepiane, L. B. **Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva**. Ijuí: Unijuí, 2009. p. 57-80.

VERAS, R. P.; CORDEIRO, R. A contemporary care model for older adults should seek coordinated care, grater quality and the reduction of costs. **International Journal of Family Community Medicine**, v. 3, p. 210-214, 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS COM CÂNCER¹

RAQUEL COUTO GALINDO

Residência multiprofissional em Saúde do idoso do hospital de medicina Integral prof. Fernando Figueira - IMIP, pós- graduanda do curso de especialização em Odontogeriatría – ABO/PB, raquel.cgalindo@gmail.com;

LSR

Professora Dra adjunta do departamento de histologia e embriologia oral da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, lu_regueira@hotmail.com;

CSO

Professora Ms Coordenadora do curso de especialização em Odontogeriatría da ABO-PB, carilessol2008@hotmail.com;

JVC

Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, jullianacosta.dentista@gmail.com;

1 Trabalho resultado de projeto de pesquisa apresentado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Especialista em Saúde do Idoso.

RESUMO

O câncer tem o envelhecimento como um de seus principais fatores de risco e o estado nutricional é um dos fatores que afeta o curso da doença. Assim, a manutenção da saúde bucal desses pacientes é de extrema importância, pois é mediante uma boa condição bucal que o indivíduo adquire meios para ingerir nutrientes necessários à manutenção da saúde. **Objetivo:** Traçar o perfil odontológico e avaliar, nos pacientes atendidos no ambulatório de oncogeriatria do IMIP, a relação da condição bucal e eficiência mastigatória sobre o estado nutricional. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal. A coleta de dados envolveu a realização de entrevista estruturada sobre perfil sociodemográfico, condição bucal, exame clínico odontológico, aplicação do questionário de avaliação da qualidade da mastigação, na versão traduzida e adaptada (QAQM) e aplicação da mini-avaliação nutricional (MAN). Foram aplicados o teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas; Teste entre grupos pareados: Teste t Student pareado (Distribuição Normal) e Wilcoxon (Não Normal) e para a comparação com mais de 2 grupos: ANOVA (Distribuição Normal), ambos com 95% de confiança. **Resultados:** Entre 98 idosos participantes 62,2% usavam prótese. As médias obtidas para os escores do QAQM para os pacientes desnutridos, com risco de desnutrição e normais foram de 42,3; 35,5; 32,1 respectivamente. **Conclusão:** A maioria dos pacientes era do sexo masculino e usuários de prótese. Os resultados obtidos mostraram que há proporcionalidade entre os resultados obtidos na avaliação nutricional e a qualidade mastigatória.

Palavras-chave: Odontologia geriátrica, Saúde do idoso, Oncologia.

INTRODUÇÃO

O mundo tem vivido um envelhecimento significativo da sua população (Cavalcante et al, 2017, p. 67-74). Na área da saúde, esse envelhecimento populacional indica mudanças que compreendem desde a diminuição da predominância de doenças transmissíveis a um alto índice de doenças crônicas não transmissíveis (Texeira, 2004, p. 841-843). A maioria dos idosos é portador de, pelo menos, uma doença crônica e apesar de muitos conseguirem o controle de suas enfermidades, uma diversidade de fatores pode influenciar na diminuição da qualidade de vida na senilidade. O estado nutricional é um desses fatores, pois afeta significativamente a condição de bem-estar geral, assim como a função cognitiva, o curso da doença e o prognóstico de maneira geral (RAMOS, 2003, p. 793-797; WALLACE et al, 2005, p. 329-327).

O câncer tem o envelhecimento como um de seus principais fatores de risco (INCA, 2018), além disso, os pacientes diagnosticados com câncer vivem um risco nutricional aumentado devido ao efeito físico ou metabólico da doença e às terapias utilizadas. A perda de peso e a desnutrição são problemas frequentes que afetam até 80% dos pacientes com câncer, que por consequência, prologam a permanência hospitalar e afetam a qualidade e a sobrevida global (SANCHÉZ et al, 2018, p. 10-19).

O cirurgião-dentista deve estar consciente de como as condições bucais podem afetar no comportamento alimentar, e como o estado nutricional pode ser manifestado na cavidade bucal. Outro fator a ser avaliado é a xerostomia causada pelo efeito colateral de alguns medicamentos. Esse problema pode afetar o paladar, a capacidade de mastigar e deglutir, levando a evitar certos alimentos. A dentição inadequada também pode influenciar a escolha dos alimentos, e conseqüentemente, o estado nutricional, ocorrendo frequentemente problemas gastrintestinais ou mudanças na dieta para acomodar melhor o declínio da eficiência mastigatória, levando a um aumento no consumo de alimentos macios, podendo significar no aumento do consumo de alimentos ricos em carboidratos e gorduras (KERSCHBAUM, 1995, p. 573-576).

Devido ao envelhecimento da população e a maior suscetibilidade do idoso à doença oncológica, a prevalência desta torna-se cada vez

mais significativa. A alimentação, a boa condição de saúde bucal e a qualidade mastigatória têm peso importante não só no estado físico do paciente, mas também no emocional, o que traz repercussões diretas na sua qualidade de vida e no enfrentamento da doença oncológica (KREVE & ANZOLIN, 2016, p. 45-59).

Diante do exposto, este trabalho pretende diagnosticar os principais agravos de saúde bucal e avaliar, nos pacientes atendidos no ambulatório de oncogeriatria do IMIP, a relação do índice CPOD e eficiência mastigatória sobre o estado nutricional. Destarte, é notável que um melhor entendimento da relação entre essas áreas poderia facilitar a execução de processos de saúde mais adequadas e singulares à condição do indivíduo, para que assim, conhecendo e mapeando as necessidades, possam ser desenvolvidas melhores estratégias de cuidado em saúde bucal direcionadas aos idosos deste e de outros serviços.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, com coleta de dados realizada no período de julho a novembro de 2019. A coleta de dados foi realizada com a população idosa, com diagnóstico confirmado de doença oncológica, atendidos pela primeira vez no ambulatório de Oncogeriatria do IMIP (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira), em Recife (PE). A amostra foi composta pelos idosos atendidos no período do estudo que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram: limitação da abertura bucal e estado fisiológico rebaixado, de maneira a dificultar ou impedir a notificação de informações referentes às variáveis pesquisadas.

A coleta de dados envolveu a realização de entrevista estruturada sobre perfil sociodemográfico e condição bucal, elaborada especialmente para este estudo baseado em uma avaliação clínica (Costa & Silva, 2005). Foi realizado o exame clínico Odontológico, aplicação do questionário de avaliação da qualidade da mastigação, na versão traduzida e adaptada – QAQM – (Hilasaca-Mamani et al, 2015) e aplicação da mini-avaliação nutricional – MAN (GUIGOZ et al, 2002).

Os exames clínicos odontológicos e entrevistas foram realizados em consultórios médicos, do ambulatório de Oncogeriatria por um único examinador, o qual se utilizou de lanterna, espátulas de madeira e equipamentos de proteção individual. A anotação dos dados referentes aos exames clínicos foi feita por uma auxiliar de pesquisa.

As variáveis dependentes deste estudo foram os resultados da MAN (Guigoz et al, 2002) de acordo com os escores obtidos, encaixando-se nos intervalos equivalentes (desnutrido, risco de desnutrição e normal). Esse instrumento se constitui numa soma de pontos, sobre a qual contém 18 itens divididos em 4 categorias: antropometria (peso, altura e perda de peso); cuidados gerais (estilo de vida, uso de medicação; e mobilidade); dieta (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos); autonomia para se alimentar; e visão pessoal.

As variáveis independentes foram os resultados obtidos no índice CPO-D (alto e muito alto) e as médias e desvios padrões a partir do valor obtido no QAQM (Hilasaca-Mamani et al, 2015), em que, quanto maior o escore obtido, pior a qualidade da mastigação.

O QAQM é um questionário desenvolvido inicialmente em língua francesa que objetivou compor uma abordagem multidimensional a fim de avaliar o estado nutricional de pacientes com reabilitações orais. O questionário foi traduzido, adaptado e validado para língua portuguesa por Hilasaca-Mamani et al (2015) e utilizado por Pedroni-Pereira (2016) e por Santos (2019). Em todos os estudos o instrumento se mostrou eficiente para a avaliação da qualidade da função mastigatória.

Para a obtenção do perfil sociodemográfico, as variáveis utilizadas foram gênero e escolaridade e para o perfil de saúde bucal, as variáveis utilizadas foram: usuário de prótese dentária; odontalgia; dor muscular, óssea ou em articulação temporomandibular; xerostomia; presença de lesão traumática; tipo de prótese utilizada; adaptação da prótese dentária.

Foram utilizados os Softwares SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows e o Excel 2010. Foram aplicados o teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para variáveis quantitativas; Teste entre grupos Pareados: Teste t Student pareado (Distribuição Normal) e Wilcoxon (Não Normal) e para a comparação com mais de 2 grupos: ANOVA (Distribuição Normal), ambos com 95% de confiança. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016, assim como, aprovada pelo *Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos*, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob protocolo número 14145319.4.0000.5201.

Os idosos foram orientados com relação aos cuidados em saúde bucal e foi feito o encaminhamento de todos os indivíduos portadores de necessidades odontológicas à equipe de Odontologia do hospital IMIP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 98 idosos, onde 63,3% eram do gênero masculino e 36,7% do gênero feminino. Com relação a escolaridade, 29,5% não a possuíam; 27,6% possuíam o primeiro grau incompleto; 19,4% possuíam o primeiro grau completo; 3,1% possuíam o segundo grau incompleto, 4,1% obtinham o segundo grau completo e 4,1% tinham ensino superior incompleto.

A tabela 1 apresenta, em valores relativos e absolutos, a distribuição dos idosos usuários de prótese dentária, idosos que apresentaram dores estomatognáticas, xerostomia e lesão traumática.

Tab. 1. Distribuição dos idosos de acordo com as variáveis de saúde bucal.

Variáveis	n	%
Usuário de Prótese dentária		
Sim	61	62,2
Não	37	37,8
Dores estomatognáticas		
Odontalgia	14	14,3
Dor muscular, óssea ou na ATM	9	9,2
Xerostomia		
Xerostomia	34	34,7
Lesão traumática		
Presença de lesão traumática	3	3,1

A amostra de idosos com necessidade de restauração dental variou de 63% com nenhuma necessidade até 5,1%, com necessidade de restauração nos 4 hemiarcos dentários. Ademais, necessidades em 1, 2 e 3 hemiarcos foram de, respectivamente, 18,4%; 11,2%; 2%.

Foi observado que 32,7% não necessitaram de tratamento reabilitador e 35,7% necessitaram em todos os hemiarcos dentários. A distribuição de idosos que necessitaram de reabilitação em apenas 1, 2 e 3 hemiarcos foi descrita por 2%; 26,5% e 3,1%, respectivamente.

A tabela 2 exibe a frequência absoluta e percentual dos intervalos de resultados da MAN (Guigoz et al, 2002, p. 737-757), de acordo com a prevalência de intervalos do índice CPOD e com o resultado do Questionário de avaliação da qualidade da mastigação, apontado por médias e desvios padrões, considerando os testes utilizados.

Na amostra, não foram observados resultados pertencentes aos intervalos de baixa e moderada prevalência no índice CPOD.

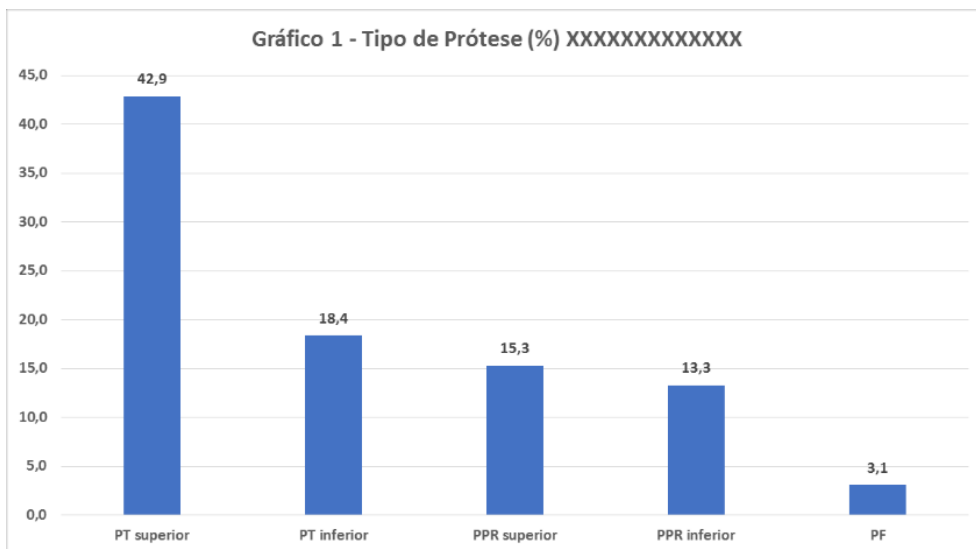
Tab. 2. Distribuição de idosos considerando intervalos de resultado da MAN de acordo com os intervalos CPOD e com os resultados do QAQM, considerando os testes estatísticos utilizados.

Variáveis	MAN			
	Desnutrido n (%)	Risco de Desnutrição n (%)	Normal n (%)	
CPOD				
Muito Alto	5 (5,2)	21 (21,9)	70 (72,9)	
Alto	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
QAQM	42,2 ± 20,5	35,5 ± 18,2	32,1 ± 15,9	0,341 *

(*) ANOVA

O gráfico a seguir exibe a distribuição do total de idosos que usavam alguma prótese, de acordo com o tipo da mesma. Foram consideradas próteses totais e parciais removíveis, assim como próteses fixas (suportadas por dente ou por implantes).

Gráfico 1. Distribuição dos idosos de acordo com o tipo de prótese utilizada.



Por fim, sobre a distribuição total de idosos que usavam alguma prótese, foi analisada a adaptação ou não aos tecidos orais. Dessa forma, encontrou-se um resultado de adaptação das próteses de 56,9% na maxila e de 53,1% na mandíbula.

No estudo de Dalazen et al (2018, p. 1119-1130) a amostra total de idosos foi de 7.619 indivíduos, desses, 61,9% eram do sexo feminino e 58% haviam completado até o 4º ano do ensino fundamental, resultados esses contrastam com os dados obtidos na presente pesquisa, o que acontece devido ao fato da presente amostra ser formada por pacientes com câncer em tratamento, e esse problema afetar com mais frequência ao sexo masculino (Giacomelli, 2017, p. 129-146).

Uma pesquisa espanhola concluiu que a odontalgia tende a diminuir com a idade devido ao edentulismo prevalente em idosos (Montero et al, 2015, p. 393-401). Um estudo realizado com idosos suecos obteve resultados em que 3% da amostra sentia dor e 4% sentia dor durante a alimentação (Einarson et al 2009, p. 85-93). Em um estudo transversal brasileiro, em que quase metade dos idosos era desdentado, dos que possuíam dentes, 28,8% declararam ter sentido dor nos seis meses anteriores à entrevista (Nunes & Abegg, 2008, p. 42-48). Conforme estudo, estados desfavoráveis de saúde bucal são comuns em pacientes idosos com câncer (García et al, 2017, p. 1-11). Dessa

forma, a dor bucal em idosos tem sido investigada em diversos estudos, e mesmo que o edentulismo se apresente como fator atenuante, o presente estudo expõe uma incidência de odontalgia igual a 14,3%, demonstrando uma variação de resultados em relação à literatura apresentada.

A prevalência da xerostomia aumenta em idosos devido a, além de mudanças fisiológicas do envelhecimento, ao aumento da frequência de patologias sistêmicas. Segundo Paterson et al (2019, p. 1119-1125), a xerostomia é o efeito tardio mais comumente relatado da radioterapia para câncer de cabeça e pescoço. Tarapan et al (2019, p. 1798-1808) objetivou avaliar a colonização por tipos de *Candida* em pacientes com xerostomia após tratamento radioterápico. Foi observado que uso de prótese dentária e sintomas de boca seca severa apresentaram alta associação com colonização por multiespécies fúngicas, tornando-se comum nos pacientes estudados. Chen et al (2011, p. 756-792) também avaliaram pacientes submetidos a tratamento oncológico, em sua pesquisa, a sensação de boca seca foi o sintoma que mais causou desânimo, interferindo na qualidade de vida dos pacientes. Os autores sugeriram mais atenção ao problema (Paterson et al, 2019, p. 1119-1125; Tarapan et al, 2019, p. 1798-1808; Chen et al, 2011, p. 756-792). Além disso, a xerostomia e hipossalivação se associam à alteração da ingesta nutricional além de condições orais como cárie, candidíase e dificuldades na mastigação (BARBE, 2018).

Na presente pesquisa foi observado que um número significativo de idosos necessitavam de tratamento em saúde bucal. Em uma pesquisa feita em todas as macroregiões do Brasil, 26,6% dos idosos entre 65 e 74 anos precisavam realizar algum tipo de tratamento odontológico (Ferreira et al, 2013, p. 90-97). Vieira et al (2016) realizou uma pesquisa transversal no contexto domiciliar em idosos da cidade do Rio de Janeiro, e foi constatado que aproximadamente metade (51%) da amostra necessitava de algum tipo de tratamento, sendo 64%, com indicação de realização de exodontias. Para esses autores, o conhecimento sobre a demanda dessa população, bem como os fatores que determinam o uso dos serviços odontológicos são importantes para a formulação de políticas de atenção à saúde (FERREIRA et al, 2013, p. 90-97; VIEIRA et al, 2016).

A perda dentária pode reduzir a função oral, e, portanto, influenciar o estado nutricional (Sheiham & Steele, 2001, p. 797-803). O presente

estudo buscou analisar o índice preconizado pela OMS do qual se pode inferir o CPO-D médio (WHO, 1997). Este, expressa a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados, o qual, no Brasil, apresenta uma média de 27,53 dentre os idosos de 65 a 74 anos (Ministério da saúde, 2018). Esse índice apresenta intervalos de prevalência alta quando varia de 4,5 a 6,5 e muito alta quando é igual ou maior que 6,6 (WHO, 1997). Logo, entende-se que todos os idosos foram classificados nos intervalos de CPOD alto ou muito alto, devido, portanto, ao elevado índice de edentulismo.

O tratamento reabilitador altera a função oral e aumenta o grau de mastigação bilateral em pacientes com perdas dentárias, fato demonstrado também em termos de percepção dos pacientes (Khoury-Ribas et al, 2020, p. 78-85). Assim, testes para avaliação da retenção e estabilidade de tratamentos reabilitadores são descritos na literatura, de forma que os utilizados nesse estudo foram as ações de posicionar o dedo indicador na região palatina dos incisivos superiores, e realizar movimento ântero-superior (retenção na maxila) e aplicação de uma força para cima - retenção na mandíbula (Tamaki, 1983). A estabilidade em ambos os arcos pôde ser avaliada por meio de pressões digitais na superfície oclusal dos dentes posteriores e bordas incisais dos dentes (Goldstein et al, 1982, p. 371-373).

Não foram encontrados artigos na literatura sobre a prevalência na adaptação de próteses dentárias, e os resultados referentes esse dado pode ser observado no gráfico 2.

Estudos quantificam a prevalência do problema da função mastigatória em idosos no Brasil, de forma a encontrar resultados similares a 31,0% e 30,5% como os encontrados em 2010 e 2019, respectivamente (Brasil, 2011 ; Cavalcante, 2019, p. 1101-1110). É mediante uma boa condição bucal que o indivíduo adquire meios para ingerir os nutrientes necessários manutenção da saúde. No entanto, de acordo com o autor, somente dificuldades mastigatórias não prejudicaria a absorção e a digestão, estas seriam afetadas se houvesse alterações sistêmicas, como uma alteração na função gastrointestinal. Portanto, a mastigação deficiente teria significado somente em conjunção com outros fatores (Geissler & Bates, 1984, p. 478-489).

Utilizando-se da *associação do QAQM*, e da *MAN*, ferramenta amplamente utilizada que pode identificar risco nutricional ou

desnutrição instalada em idosos, o presente estudo encontrou proporcionalidade (tabela 2), entre a qualidade mastigatória e resultado da MAN, de forma que, quanto pior a classificação do risco nutricional, maior foi a insuficiência na qualidade mastigatória. O que leva a crer que, a detecção desses riscos, em qualquer grau, é uma medida importante para a adequada orientação nutricional e também odontológica desses idosos (CAVALCANTE, 2017, p. 67-74).

Consiste como limitação do estudo a diferença de participantes entre os grupos de idosos classificados pela MAN (desnutridos, em risco nutricional e normais), o que aconteceu devido ao caráter de conveniência da amostra, e impossibilitou uma comparação estatística entre os grupos com relação ao CPOD e ao QAQM. Outra limitação foi a falta de uma qualificação dos intervalos dos escores encontrados para o QAQM. Apesar disso, a investigação foi realizada para se obter identificação de resultados que podem gerar subsídios para melhoria das ações de saúde bucal no serviço.

De fato, os agravos de saúde bucal repercutem ativamente na qualidade de vida e saúde geral das pessoas, e salienta-se a importância de mais estudos sobre o tema. É imprescindível que haja mais investigações sobre a interrelação de saúde bucal e condições nutricionais dos idosos, afim de que a assistência possa suprir integralmente as necessidades dos pacientes dessa faixa etária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, nota-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino e usuários de prótese. Assim como se percebe também que grupos significativos possuíam problemas de origem odontológica (odontalgia, dor muscular, óssea ou na ATM, xerostomia e presença de lesão traumática), evidenciando más condições de saúde bucal.

Sobre os resultados obtidos, conclui-se que estes mostraram que há proporcionalidade entre os resultados da mini avaliação nutricional e da qualidade mastigatória, o que deixa evidente uma relação estreita entre as áreas da Odontologia e Nutrição no cuidado à pessoa idosa com câncer. Dessa forma se fazem necessárias novas pesquisas sobre a temática, pois atenções devem ser voltadas para essa problemática, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

REFERÊNCIAS

BARBE, Anna Greta, et al. Xerostomia and hyposalivation in orthogeriatric patients with fall history and impact on oral health-related quality of life. **Clinical interventions in aging**, V.13, P.1971, 2018.

CAVALCANTE, FT. Prevalência de dificuldade na mastigação e fatores associados em adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.24, P.1101-10, 2019.

CAVALCANTE, Lilian de Souza; COUTINHO, Paloma Travassos de Queiróz; BURGOS, M. G. P. A. Aplicabilidade da MAN-Mini Avaliação Nutricional em Idosos diabéticos. **Nutr Clin Diet Hosp**. V. 37, N. 1, P. 67-74, 2017.

CHEN, Allen M., et al. Improved dosimetric and clinical outcomes with intensity-modulated radiotherapy for head-and-neck cancer of unknown primary origin. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics**, V.79, N.3, P.756-762, 2011.

DALAZEN, Chaiane Emilia; CARLI, Alessandro Diogo De; BOMFIM, Rafael Aiello. Fatores associados às necessidades de tratamento odontológico em idosos brasileiros: uma análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.23, P.1119-30, 2018.

EINARSON, Susanne; GERDIN, Elisabeth Wärnberg; HUGOSON, Anders. Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. **Acta Odontologica Scandinavica**, V.67, N.2, P.85-93, 2009.

FERREIRA, Cláudia de Oliveira; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; ANDRADE, Fabiola Bof de. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, V.47, P.90-97, 2013.

GARCIA HEREDIA, Gilda Lucia, et al. Oral manifestations due to radiotherapy in geriatric patients with head and neck cancer. **Revista Cubana de Estomatología**, V. 54, N.4, P.1-11, 2017.

GEISSLER, Catherine A.; BATES, John F. The nutritional effects of tooth loss. **The American journal of clinical nutrition**, V.39, N.3, P.478-489, 1984.

GIACOMELLI, Iron Pedro, et al. Câncer de pulmão: dados de três anos do registro hospitalar de câncer de um hospital do sul do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, V.46, P. 129-46, 2017.

GOLDSTEIN, G. R.; SONI, A.; BRONER, A. Insertion procedures for complete dentures. **The New York state dental journal**, V.48, N.6, P.371-73, 1982.

GUIGOZ, Yves; LAUQUE, Sylvie; VELLAS, Bruno J. Identifying the elderly at risk for malnutrition: The Mini Nutritional Assessment. **Clinics in geriatric medicine**, V.18, N.4, P.737-57, 2002.

HILASACA-MAMANI, Maribel, et al. Tradução e adaptação brasileira do Questionnaire D'Alimentation. **Revista CEFAC**, V. 17, P. 1929-38, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, P. 129, 2018.

KERSCHBAUM, W. E. Considerations in planning preventive strategies for the elderly patient. **The Journal of the Michigan Dental Association**, V. 67, V. 11, P. 573-576, 1985

KHOURY-RIBAS, Laura, et al. Changes in masticatory laterality 3 months after treatment with unilateral implant-supported fixed partial prosthesis. **Journal of Oral Rehabilitation**, V. 47, N.1, P.78-85, 2020.

KREVE, Simone; ANZOLIN, Didier. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. **Revista Kairós-Gerontologia**, V. 19, P. 45-59, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: SVS; 2012.

MONTERO, Javier, et al. Clinical and sociodemographic predictors of oral pain and eating problems among adult and senior Spaniards in the national

survey performed in 2010. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, V.20, N.4, P. 393, 2015.

NUNES, Claudete Ivani Panizzi; ABEGG, Claides. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. **Gerodontology**, V. 25, N.1, P.42-48, 2008.

PATERSON, Claire, et al. Radiotherapy-induced xerostomia: a randomised, double-blind, controlled trial of Visco-eas oral spray compared with placebo in patients with cancer of the head and neck. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, V.10, P.1119-25, 2019.

PEDRONI-PEREIRA, Aline, et al. Chewing in adolescents with overweight and obesity: An exploratory study with behavioral approach. **Appetite**, V.107, P.527-33, 2016.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, V.19, P. 793-797, 2003.

SÁNCHEZ, José Ángel, et al. Estado nutricional de pacientes diagnosticados con cáncer, Hospital General San Felipe, Honduras. **Rev. fac. cienc. méd.**(Impr.). P. 10-19, 2018.

SANTOS, Renata Emmanuele Assunção. Desempenho mastigatório de crianças com sobrepeso e obesidade da zona da mata do estado de Pernambuco, Brasil. 2019. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

SHEIHAM, A.; STEELE, J. Does the condition of the mouth and teeth affect the ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people. **Public health nutrition**, V.4, N.3, P.797-803, 2001.

SILVA, Viviane Cristina da Costa. Avaliação bucal e nutricional de pacientes senescentes. 2005. PhD Thesis. Universidade de São Paulo.

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras completas. In: **Dentaduras completas**. P. 252-252, 1983.

TARAPAN, Supanat, et al. Oral Candida colonization in xerostomic post-radiotherapy head and neck cancer patients. **Oral Diseases**, V.25, N.7, P.1798-1808, 2019.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 9, P.841-843, 2004.

VIEIRA, Roberta Cordeiro Fuster, et al. Atendimento odontológico domiciliar ao idoso e a necessidade de tratamento endodôntico. **Revista Brasileira de Odontologia**, V.73, N.1, P.9, 2016.

WALLACE, Jeffrey I., et al. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance. **Journal of the American Geriatrics Society**, V. 43, N. 4, P. 329-337, 1995.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Oral Health Surveys, Basic Methods. 4th ed. Geneve, 1997.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 17

TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E NÃO FARMACOLÓGICOS

THIAGO FERNANDES

O envelhecimento está associado às mudanças anatômicas e fisiológicas no corpo humano, que podem provocar declínios em diferentes funções. Dentre alguns exemplos, estão relacionadas doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, osteoporose, artrite, e até mesmo declínio no funcionamento do sistema nervoso, como os declínios de memória, por exemplo. Além disso, o envelhecimento também é um fator de risco para o desenvolvimento de quadros ou síndromes demenciais, bem como para a ocorrência da deposição de beta-amilóide no encéfalo.

Cada uma dessas condições envolve tratamentos ou intervenções específicas. Muitas vezes, a principal intervenção é a farmacológica, seja para redução ou controle dos sintomas. Entretanto, outros tipos de tratamentos também podem ser utilizados, como musicoterapia, reabilitação neuropsicológica, programas de exercícios físicos, fisioterapia, entre outros.

Embora distintos, todos os tratamentos prescritos têm como objetivo principal auxiliar a manutenção ou recuperação das funções ou atividades da vida diária. Nesse sentido, os capítulos apresentados nessa área temática pretendem discutir os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do idoso, visando à promoção, proteção e recuperação, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

Thiago Fernandes

UFPB

CUIDADOS DA ENFERMAGEM QUANTO A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM IDOSOS EM USO DE ANTICOAGULANTES ORAIS

XÊNIA SHEILA BARBOSA AGUIAR QUEIROZ

Doutoranda do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem - PAPGENF, das Universidades Estaduais de Pernambuco e Paraíba – UPE/UEPB, sheila_tshe@hotmail.com;

HAMON EDWARD OLIVEIRA QUEIROZ

Farmacêutico do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC/UFCG/EBSERH, hamonedward@hotmail.com;

LORENA SOFIA DOS SANTOS ANDRADE

Doutoranda do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem - PAPGENF, das Universidades Estaduais de Pernambuco e Paraíba – UPE/UEPB, lorena_sofiacg@hotmail.com;

REBEKA MARIA DE OLIVEIRA BELO

Doutoranda do Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem - PAPGENF, das Universidades Estaduais de Pernambuco e Paraíba – UPE/UEPB, beka.belo@gmail.com .

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre os cuidados da enfermagem brasileira quanto a adesão ao tratamento farmacológico de anticoagulantes orais em idosos. Método: Artigo reflexivo acerca dos cuidados da enfermagem nos serviços de saúde brasileiros para a adesão de anticoagulantes orais na população idosa. Resultados: Em um país com grandes diferenças econômicas, culturais e sociais são diversos desafios enfrentados pela Enfermagem nas dimensões: institucionais, profissionais e pessoais. A categoria profissional encontra-se como base na saúde e grande responsável na assistência. A comunicação ineficiente entre o profissional de saúde e a pessoa idosa também pode ser um fator influente na adesão ao tratamento com anticoagulantes. No entanto, a educação em saúde pode influenciar ativamente o autogerenciamento adequado do tratamento. Conclusão: A enfermagem desempenha um papel essencial no fortalecimento do autocuidado, qualidade de vida e empoderamento do idoso sobre sua doença. Através da educação em saúde, o profissional enfermeiro pode contribuir com a manutenção do autocuidado da pessoa idosa em terapia de anticoagulante oral.

Palavras-chave: Desafios, Adesão ao tratamento farmacológico, Anticoagulantes orais, Pessoa idosa, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente as Doenças Cardiovasculares (DCVs), configuram um importante problema de saúde pública, isso porque se apresentam como a principal causa de mortalidade global, além de ocasionarem mortalidade prematura, incapacidades, perda da qualidade de vida, sobrecarga no sistema de saúde e de contribuírem para o aumento dos gastos com assistência médica e previdência social (MALTA et al., 2020).

Dentro do contexto em que a população está cada vez mais longeva e o atual momento traz uma alta morbimortalidade provocada por DCNT, principalmente, as doenças cardiovasculares (DCV), em que são as maiores causas de óbito no mundo, causando aproximadamente 38 milhões de mortes anualmente. Em países de baixa e média renda, 82% das mortes prematuras por doenças não-transmissíveis, o que poderia ser evitado em grande parte. Estatísticas mostram que as DCV são responsáveis pela maior parte delas, correspondendo a 37% (SIQUEIRA et al., 2017).

Além disso, o custo das internações por doenças cardiovasculares é considerado o maior dentre as causas de internações hospitalares no Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, aumentando a proporção de idosos e a expectativa de vida do brasileiro. Conseqüentemente, o envelhecimento tende a aumentar a incidência de DCV e os seus respectivos custos de forma exponencial (IBGE, 2015; MIRANDA et al., 2016).

O sertão brasileiro, especificamente, abrange extensões territoriais, sobretudo na região nordeste, que frequentemente sofrem com crises relacionadas aos longos períodos de estiagem e seca e isso, somado ao baixo desenvolvimento social e econômico da mesorregião, pode contribuir para o crescimento das DCV. Apesar disso, pouco se conhece sobre a epidemiologia das DCV e sua distribuição cartográfica em populações de cidades distantes dos grandes centros urbanos brasileiros e/ou mesorregiões como, por exemplo, na cidade de Recife, em Pernambuco (SANTIAGO et al., 2019).

Em 2017, as DCVs causaram cerca de 17,8 milhões de mortes em todo o mundo, correspondendo a 330 milhões de anos de vida perdidos e outros 35,6 milhões de anos vividos com deficiência. As doenças cardiovasculares que consistem em doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e uma série de outras doenças cardíacas e vasculares, representam os principais contribuintes para a redução da qualidade de vida (MENSAH et al., 2019).

Nessa conjuntura, os anticoagulantes orais (ACOs) são frequentemente indicados para tais doenças, já que ativam o sistema hemostático para minimizar as perdas sanguíneas dos vasos injuriados e também o sistema regulador para equilibrar o processo fisiológico normal da hemostase e os eventos patológicos que levam a trombose e embolia. No entanto, existe uma grande variabilidade individual na resposta a terapia por ACOs, o que pode desencadear um efeito não desejado, como sangramentos e trombos (FIGUEIRÊDO et al., 2017).

Para evitar ou tratar os eventos tromboembólicos, tanto no idoso que tem o atendimento e ambulatorial quanto no idoso hospitalizado, a terapia anticoagulante é fundamental (BASHSHUR et al., 2011). Os anticoagulantes são fármacos capazes de prevenir ou conter a formação de trombos sanguíneos ao alterarem o mecanismo normal da cascata de coagulação e, conseqüentemente, levarem à menor geração de trombina. Outra forma de ação desses fármacos é pela inibição direta da trombina (CONNORS, 2018). Na prática clínica, as classes de anticoagulantes mais usadas são os anticoagulantes orais (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2012; ROSKELL et al., 2009).

Diante dessa problemática, as DCV quando não tratadas de forma adequada, favorece o aparecimento de complicações e sequelas, afetando a qualidade de vida (QV) desses pacientes, necessitando assim de um acompanhamento mais direcionado e realizado por especialistas nos diversos níveis de assistência à saúde.

Vale ressaltar ainda, que se tratando da população idosa, o tratamento às DCV fica ainda mais difícil, vai além de uma consulta pelo profissional, a adesão ao tratamento dependerá, dentre outros fatores, da abordagem e do acompanhamento do profissional de saúde, assim como, do paciente idoso: das dificuldades e facilidades apresentadas em seu contexto social. Nesse cenário, o acompanhamento se

configura um desafio para profissionais da saúde, nos diferentes níveis de assistência.

Como a QV possui interferência ou interfere no âmbito da saúde, quando visto em sentido ampliado, ela se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e, têm no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante, ressaltando que viver sem doença ou superar as dificuldades impostas por uma morbidade influenciam diretamente no entendimento da QV da pessoa idosa. Tal conceito foi definido, tomando como base a concepção de que se consideram como os determinantes da saúde: o estilo de vida, os avanços da biologia humana, o ambiente físico e social e os serviços de saúde (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Nesse contexto, a demanda nos serviços especializados em Cardiologia requer que a enfermagem atue no cuidado as diversas necessidades que são afetadas em decorrência das restrições/limitações que o próprio agravo e o tratamento/reabilitação impõem. Diante disso, as ações de cuidado do enfermeiro devem ser baseadas em conhecimentos científicos próprios da enfermagem, a fim de prestar uma assistência eficiente e de qualidade, e que contribua, junto com a equipe de saúde, na prevenção de incapacidades, redução do desenvolvimento de complicações e das consequências dos agravos (NOGUEIRA, 2019).

Tangente a isso, o profissional de enfermagem é exigido a acompanhar a evolução do conhecimento em sua área de atuação. A pesquisa brasileira tem avançado na área cardiológica e a enfermagem tem contribuído de forma efetiva para esse avanço. A compreensão dos enfermeiros acerca da problemática das doenças cardiovasculares e como ela se insere no cotidiano da assistência, comporta a aplicação de metodologias para prevenção destas doenças, assim como para o cuidado ao idoso em uso de anticoagulantes orais, de modo a favorecer a gestão do cuidado em enfermagem (KOERICH; ERDMANN, 2019).

Diante dessa complexidade, a forma de cuidado e tratamento podem constituir-se como fator agravante e incerto na recuperação de idosos com DCV e um uso de ACO's, por configurar-se em grande dinamismo. (DIAS et al., 2015). Portanto, a avaliação com rapidez e precisão pode representar a oportunidade de sobrevida e qualidade de vida para esses indivíduos (PINTO et al., 2014).

Auxiliar o indivíduo a conviver com a medicação anticoagulante é um processo multidimensional que deve abranger, além dele, sua família, estimulando-o diariamente à promoção de sua qualidade de vida. Dessa forma, protocolos elaborados a partir de evidências robustas e avaliados por especialistas na temática são ferramentas valiosas e fortes para uso na prática clínica, tendo em vista que aliam ciência e a experiência daqueles que as usam no dia a dia.

Nesse sentido, o enfermeiro desempenha papel de extrema relevância no processo de mudanças na vida do paciente em uso de ACO, desde seu envolvimento durante a internação, tratamento, permanecendo no acompanhamento ambulatorial promovendo ações de educação em saúde e de promoção do autocuidado. No entanto, devido a importância de uma assistência segura, surgem diversas discussões sobre como prestar assistência sistematizada a esses pacientes, de forma integral, auxiliando-os no enfrentamento de seu cotidiano, tendo em vista suas diferentes idades, etiologias, experiências, subjetividades, sentimentos e culturas (LIMA et al., 2021).

É notório observar-se a incipiência de estudos que enfatizam a relação de profissionais de saúde, em especial da enfermagem, na prestação do cuidado a pessoa idosa

em uso de ACOs à luz de um referencial teórico que embasa e reflita tal realidade para que ajude a buscar estratégias que facilitem uma melhor adesão. Diante desse fato, algumas inquietações foram geradas, como: quais barreiras na adesão terapêutica o idoso em uso de anticoagulantes orais enfrenta? Quais estratégias a enfermagem pode utilizar para melhorar a adesão ao tratamento dos ACOs pelo idoso?

Frente ao exposto, o presente estudo teve o objetivo de apresentar uma reflexão sobre as barreiras enfrentadas pela população idosa para adesão ao tratamento com ACOs e estratégias na saúde que a enfermagem pode utilizar para melhorar essa adesão, à luz da teoria Social Cognitiva, fundada por Albert Bandura, por enfatizar que a ação da aprendizagem observacional possibilita que o meio e a ação social dos indivíduos interfiram no desenvolvimento de seus mecanismos cognitivos complexos e, diferencia, também, a aquisição de conhecimento (ou aprendizagem) do desempenho observável, que é baseado naquele conhecimento (caracterizado como comportamento).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de reflexão o qual se fundamentou em uma base teórica filosófica, sendo ela a Teoria Social Cognitiva, a partir de uma pesquisa de tese de doutorado intitulada "Elaboração e validação de um protocolo de teleconsulta de enfermagem em anticoagulação oral". Buscou-se discutir estudos no campo da enfermagem que contemplassem a temática voltada para os cuidados de enfermagem e a adesão ao tratamento farmacológico de anticoagulantes orais à pessoa idosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As reflexões foram organizadas em duas partes, com abordagem nas temáticas: "Conhecimento das barreiras que interferem a adesão a terapêutica pela pessoa idosa" e "Estratégias de enfermagem que podem auxiliar a adesão à luz da teoria Social Cognitiva".

- **Conhecimento das barreiras que interferem a adesão a terapêutica pela pessoa idosa**

Adesão terapêutica é compreendida como os comportamentos inerentes à saúde que envolve fatores diretamente relacionados com o tratamento proposto, englobando aspectos referentes a fatores socioeconômicos, ao sistema de saúde, ao paciente e à própria condição clínica (WHO, 2003; REMONDI; ODA; CABRERA, 2014).

Quando se reporta aos indivíduos em uso de ACOs, essa adesão é um desafio ainda maior, assim como, para os profissionais de saúde que atuam nesse contexto, por abranger aspectos importantes como medicamentos prescritos e adequado controle, bem como mudanças nos hábitos alimentares (OLIVEIRA et al., 2019). Na presença de doenças cardiovasculares, uma taxa de adesão baixa não só aumenta a taxa de mortalidade e hospitalização, como também reduz significativamente a eficácia do tratamento (ZIMETBAUM, 2017).

De forma geral, a grande maioria dos fatores que contribui para uma fraca adesão podem ser modificados pelos doentes, uma vez que a maioria das razões identificadas como a causa da incorreta toma da

medicação são o esquecimento, outras prioridades, decisão de falhar uma toma, fatores emocionais e falta de informação sobre o medicamento ou instruções de toma (OSTERBERG, 2005).

Uma das importantes razões que podem levar um doente a não aderir à terapêutica com ACOs prende-se com o fato de, sendo uma terapia preventiva, os seus benefícios não serem visíveis/sentidos ao longo do tempo, o que muitas vezes leva o doente a assumir que não necessita de tomar a medicação (REMÍGIO FIGUEIREDO et al., 2018). Também as várias patologias subjacentes, nomeadamente patologias que agravam a função cognitiva e que impedem o doente de seguir um regime terapêutico, estão associadas a baixas taxas de adesão.

Na terapia de anticoagulação oral, a adesão ao medicamento pode ser evidenciada através do tempo que paciente consegue se manter dentro do intervalo terapêutico preconizado, quando monitorados os valores de INR (*Time in Therapeutic Range – TTR*), sendo recomendados percentuais de tempo em torno de 60% (MCNAMARA et al, 2018).

Assim, os fatores que afetam a adesão à terapêutica em tratamentos de longa duração em doenças crônicas, podem ser divididos em três fatores relacionados: com os doentes; com os prescritores e; com os sistemas de saúde (NEIMAN et al., 2018; RAPARELLI et al., 2017).

Os fatores relacionados com os doentes podem ser de caráter intencional se a decisão de não tomar o medicamento for ponderada como, por exemplo, em casos de eventos adversos ou a crença de que perante uma doença controlada a toma da medicação é desnecessária; ou não intencional, se houver um esquecimento de tomar um medicamento ou de obter novas prescrições ou até de não ter capacidade de compreendero regime terapêutico (DINIS, 2019).

Os fatores relacionados com os prescritores prendem-se com a falta de comunicação com o doente, e a não adaptação do regime terapêutico às limitações apresentadas pelo doente, quer sejam económicas ou cognitivas. No que diz respeito aos sistemas de saúde, por vezes não existe uma adaptação dos rótulos das embalagens ou das instruções de utilização para a população idosa. Para além disso, os custos financeiros associados à terapêutica podem ser insustentáveis para o doente (NEIMAN et al., 2018).

É importante conhecer a causa da não adesão, de forma a se poder adotar a melhor estratégia adaptada ao doente e causa em questão,

melhorando os resultados da terapêutica (RODRIGUES, 2020). Dessa forma, associado aos possíveis fatores contributivos para a não adesão a terapêutica dos indivíduos em uso de ACOs, elencou-se uma teoria para embasar o protocolo proposto do presente estudo: Teoria Social Cognitiva. Antes de explicar a teoria, se faz necessário elucidar que o uso de teorias mostra-se imperiosa, Ball (2006) defende a urgência das teorias na pesquisa e na formação de pesquisadores. O uso das teorias serve para orientar a prática.

É importante conhecer a causa da não adesão, de forma a se poder adotar a melhor estratégia adaptada ao doente e causa em questão, melhorando os resultados da terapêutica (RODRIGUES, 2020).

Estudos evidenciaram que o nível de conhecimento e autogerenciamento inadequados e polifarmácia são indicadores que influenciam na baixa adesão terapêutica (SIMONETTI et al., 2019). Isso pode estar relacionado a baixa escolaridade, sedentarismo e menor tempo de acompanhamento ambulatorial (REMIGIO FIGUEIREDO et al., 2018). A polifarmácia se apresenta com um fatores relacionados a baixa adesão devido a fatores como comorbidades, quantidade de medicamentos, custo e estilo de vida (LI; ZHOU; LIN, 2020; CABELLOS-GARCÍA, 2020).

Os custos para o acesso e manutenção do tratamento anticoagulante têm influência na adesão medicamentosa (YAÑEZ; GARCÍA; CALDERÓN, 2018). Isso pode ser justificado por questões socioeconômicas relacionadas à renda mensal e a quantidade de medicamentos para a manutenção de outras comorbidades (SONG et al, 2021).

Estudos apontam que a idade avançada se mostra como um dos indicadores que influenciam na baixa adesão ao tratamento (LI; ZHOU; LIN, 2020; CABELLOS-GARCÍA, 2020). Os resultados do estudo apresentaram relação significativa entre o nível de adesão à medicação e a idade dos pesquisados. Os membros do grupo de baixa adesão eram significativamente mais velhos do que seus colegas com níveis moderados e altos de adesão (YAÑEZ; GARCÍA; CALDERÓN, 2018).

A comunicação ineficiente entre o profissional de saúde e o paciente também pode ser um fator influente na adesão ao tratamento anticoagulante (LI; ZHOU; LIN, 2020). No entanto, a educação em saúde pode influenciar ativamente o autogerenciamento adequado do tratamento anticoagulante. Pacientes que apresentaram um nível adequado de conhecimento em saúde tiveram melhor controle do tratamento ACO

e frequência ideal de visitas ao serviço de saúde (CABELLOS-GARCÍA, 2020).

A adesão do tratamento anticoagulante é fundamental para a manutenção terapêutica adequada. No entanto, necessita-se do desenvolvimento de estratégias que permitam melhorar a abordagem destas doenças e seus fatores de risco (BRASIL, 2013).

- **Estratégias de enfermagem que podem auxiliar a adesão à luz da teoria Social Cognitiva**

Na presença de doenças cardiovasculares, uma taxa de adesão baixa não só aumenta a taxa de mortalidade e hospitalização, como também reduz significativamente a eficácia do tratamento (ZIMETBAUM, 2017). É importante conhecer a causa da não adesão, de forma a se poder adotar a melhor estratégia adaptada ao doente e causa em questão, melhorando os resultados da terapêutica (RODRIGUES, 2020).

Quanto a Teoria Social Cognitiva (TSC), Bandura não era atraído por correntes teóricas que enfatizavam a aprendizagem simplesmente através da tentativa e erro (estímulo-resposta behaviorista). Enfatiza que a ação da aprendizagem observacional possibilita que o meio e a ação social dos indivíduos interfiram no desenvolvimento de seus mecanismos cognitivos complexos e, diferencia, também, a aquisição de conhecimento (ou aprendizagem) do desempenho observável, que é baseado naquele conhecimento (caracterizado como comportamento) (BANDURA, 2008).

Esta diferença se justifica porque Bandura (1986) sugere que todos os indivíduos podem saber mais do que demonstram ou expressam através de seus comportamentos (BANDURA, 1986).

Esses fatores pessoais (crenças, expectativas, atitudes e conhecimento), o ambiente (recursos, conseqüências de ações e ambiente físico), assim como o comportamento (atos e escolhas individuais e declarações verbais); todos influenciam e são influenciados uns pelos outros (BANDURA, 1986, p. 18). Em outras palavras, a teoria Social Cognitiva reforça que a pessoa pode escolher ou não desempenhar o que ela aprendeu, pois o comportamento é controlado não só pelas conseqüências diretamente experimentadas a partir de fontes externas, mas também pelo *reforço vicário* (BANDURA, 2008).

Isto quer dizer que, quando incentivos positivos são fornecidos, a aprendizagem social é prontamente traduzida em ação. Durante o reforço, os indivíduos fazem mais do que simplesmente emitir respostas, eles desenvolvem expectativas a partir de regularidades observadas sobre os resultados que, provavelmente, serão derivados de seus atos em determinadas situações. Entretanto, alcançar a mudança de comportamento em saúde é um processo complexo, devido a numerosos fatores (do indivíduo, do sistema de saúde, do ambiente geográfico, social e político) que interagem de forma complexa a influenciar o comportamento em questão (PELEGRINO, 2013).

Aliado a essa teoria, a escolha da ferramenta ideal para a avaliação da adesão deve basear-se em características como baixo custo, facilidade de administração, praticidade e flexibilidade e elevada fiabilidade. No entanto, não existe ainda nenhuma medida capaz de englobar todos os aspectos descritos, pelo que é normalmente recomendada uma abordagem multifatorial, que engloba várias medidas de avaliação da adesão (LAM; FRESCO, 2015).

As medidas objetivas (métodos diretos) como a quantificação da concentração do fármaco no plasma ou na urina e a quantificação no plasma de um marcador biológico adicionado a uma formulação de fármaco e, os métodos indiretos, como o uso de questionários e recurso a ferramentas tecnológicas (OSTERBERG, 2005).

Para a prática de enfermagem, as tecnologias de cuidado podem favorecer a adesão de pacientes que fazem uso de anticoagulantes oral. O profissional de enfermagem precisa ser referência positiva para melhorar a qualidade da assistência e favorecer a adesão dos pacientes à terapêutica (OLIVEIRA et al., 2019).

Assim, os fatores que afetam a adesão à terapêutica em tratamentos de longa duração em doenças crônicas, podem ser divididos em três fatores relacionados: com os doentes; com os prescritores e; com os sistemas de saúde (NEIMAN et al., 2018; RAPARELLI et al., 2017).

Os fatores relacionados com os doentes podem ser de caráter intencional se a decisão de não tomar o medicamento for ponderada como, por exemplo, em casos de eventos adversos ou a crença de que perante uma doença controlada a toma da medicação é desnecessária; ou não intencional, se houver um esquecimento de tomar um medicamento ou de obter novas prescrições ou até de não ter capacidade de compreender o regime terapêutico.

Os relacionados com os prescritores prendem-se com a falta de comunicação com o doente, e a não adaptação do regime terapêutico às limitações apresentadas pelo doente, quer sejam econômicas ou cognitivas. No que diz respeito aos sistemas de saúde, por vezes não existe uma adaptação dos rótulos das embalagens ou das instruções de utilização para a população idosa. Para além disso, os custos financeiros associados à terapêutica podem ser insustentáveis para o doente (NEIMAN et al., 2018).

Muitas das barreiras para o gerenciamento ideal de ACO são passíveis de serem manejadas por facilitadores através de uma melhor coordenação de cuidados, educação do paciente e monitoramento de adesão (BRASIL, 2014). A capacitação profissional centrada na terapia anticoagulante pode contribuir para um fornecimento de respostas às perguntas e aconselhamento clínico sólido em todos os cuidados (FERGUSON et al., 2016).

A implementação de programas educacionais foi correlacionada com melhores resultados clínicos e maior adesão ao tratamento anticoagulante oral (ELTHENI et al., 2021). Estratégias de educação em saúde que busquem atender da melhor forma às necessidades dos indivíduos preservando seus pontos de vista culturalmente sensíveis (CHANG et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem desempenha um papel essencial no fortalecimento do autocuidado, qualidade de vida e empoderamento do usuário sobre sua doença. Através da educação em saúde, o profissional enfermeiro pode contribuir com a manutenção do autocuidado de indivíduos em terapia de anticoagulante oral. O cuidado contínuo de enfermagem associado à educação em saúde melhora a adesão ao tratamento e reduz o risco de complicações.

REFERÊNCIAS

BANDURA. A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986;

BANDURA, A., AZZI, R.G., POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: ArtMed, 2008;

BASHSHUR, Rashid et al. A taxonomia da telemedicina. **Telemedicina e e-Saúde**, v. 17, n. 6, pág. 484-494, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014;

BRUNTON, Laurence L.; HILAL-DANDAN, Randa; KNOLLMANN, Björn C. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman-13**. Artmed Editora, 2018;

CABELLOS-GARCÍA, Ana Cristina et al. Health literacy of patients on oral anticoagulation treatment-individual and social determinants and effect on health and treatment outcomes. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2021;

CERASUOLO, Joshua O. et al. Decision-making interventions to stop the global atrial fibrillation-related stroke tsunamis. **International Journal of Stroke**, v. 12, n. 3, p. 222-228, 2017;

CETIC. **Pesquisa sobre Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Estabelecimentos de Saúde Brasileiros**. TIC Saúde: 7ª edição, São Paulo, 2020;

CHANG, Andrew Y. et al. Motivations of women in Uganda living with rheumatic heart disease: A mixed methods study of experiences in stigma, childbearing, anticoagulation, and contraception. **PloS one**, v. 13, n. 3, p. e0194030, 2018;

CHUGH, Sumeet S. et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. **Circulation**, v. 129, n. 8, p. 837-847, 2014;

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN nº 354/2020**. Brasília (DF): COFEN, 2020;

CONNORS, Jean M. Testing and monitoring direct oral anticoagulants. **Blood**, v. 132, n. 19, p. 2009-2015, 2018;

DIAS, Leandro Dário Faustino et al. Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico. **Rev Bras Cir Plást**, v. 30, n. 1, p. 86-92, 2015;

ELTHENI, Rokeia et al. Effects of a Personalized Nurse-Led Educational Program for New Patients Receiving Oral Anticoagulant Therapy after Mechanical Heart Valve Prosthesis Implantation on Adherence to Treatment. **Journal of Chest Surgery**, v. 54, n. 1, p. 25, 2021;

FERGUSON, Caleb et al. Education and practice gaps on atrial fibrillation and anticoagulation: a survey of cardiovascular nurses. **BMC medical education**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016;

FERNÁNDEZ, Suárez et al. (2015) - Antithrombotic treatment in elderly patients with atrial fibrillation: A practical approach. **BMC Cardiovascular Disorders**. ISSN 14712261. 15:1 (2015) 1–10. doi: 10.1186/s12872-015-0137-7;

FIGUEIRÉDO, Thaisa Remigio et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em tratamento com anticoagulantes orais. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, p. 742-748, 2017;

HARZHEIM, Erno et al. Guia de avaliação, implantação e monitoramento de programas e serviços em telemedicina e telessaúde. **Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital Alemão Oswaldo Cruz**, 2017;

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil: 2000-2060**. Revisão 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 abr. 2021;

KOERICH, Cintia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 5, p. 872-880, 2019;

LI, Sai-lan; ZHOU, Sheng-huo; LIN, Yan-juan. The value of continuous nursing in patients after cardiac mechanical valve replacement. **Journal of Cardiothoracic Surgery**, v. 15, n. 1, p. 1-5, 2020;

MAIA, Mariana Rocha Athayde; PIERONI, Marcela Rezende; BARROS, Gersika Bitencourt Santos. Análise dos exames laboratoriais relacionados ao tempo de coagulação sanguínea de pacientes usuários de anticoagulantes. **Revista Científica da UNIFENAS-ISSN: 2596-3481**, v. 1, n. 1, 2019;

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico.** Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 25, n. 12, 2020;

MARTINS, Ana Catarina Letra Afonso. Intervenção nutricional em doentes sob terapêutica anticoagulante oral com antagonistas da vitamina K. 2017. 26f. Monografia. Universidade do Porto. Porto, 2017;

MCEWEN, M. Visão geral da teoria na enfermagem. In: MCEWEN, M; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem.** 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2016b;

MENSAH, George A. et al. **The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors: 2020 and Beyond.** Journal of the American College of Cardiology, v. 74, n. 20, 2019;

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

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte et al. **Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online], v. 19, n. 03, 2016;

NOGUEIRA, G. de A. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com úlcera venosa: um estudo de validação. 2019. 111f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense, 2019;

OLIVEIRA, Vitor Pelegrim de. Prescrição de anticoagulantes orais e funcionalidade em pacientes idosos portadores de fibrilação atrial em acompanhamento ambulatorial em centro terciário no sul do Brasil. 2017. 57f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017;

OSTERBERG, L. (2005) - Adherence to medication. **Pediatrics**. ISSN 04797876. 55:2 (2005) 68–69. doi: 10.1056/nejm200511033531819;

PELEGRINO, Flávia Martinelli. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e auto eficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral . 2013. 102f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013;

PEREIRA, Fernanda Ávila da Costa; CORREIA, Dayse Mary da Silva. **Uso da Teleconsulta pelo enfermeiro a cardiopatas: uma reflexão durante pandemia por COVID-19 no Brasil. Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2. ESP, 2020;

PINTO, Edith et al. O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 3, p. 127-9, 2014;

REMIGIO FIGUEIREDO, Thaisa et al. Pharmacological adherence and knowledge of anticoagulated patients. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 2, p. 143-152, 2018;

RODRIGUES, Bruna Dinis. Influência da complexidade terapêutica na adesão à terapêutica com Anticoagulantes Orais Diretos. 2020. 107f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia Aplicada). Universidade de Coimbra. Coimbra, 2020;

ROSKELL, N.; PLUMB, J.; CAPRINI, J.; ERIKSSON, B.; WOLOWACZ, S. Efficacy and safety of dabigatran etexilate for the prevention of venous thromboembolism following total hip or knee arthroplasty. *Thrombosis And Haemostasis*, [s.l.], v. 101, n. 01, p. 77-85, 2009;

RUFF, Christian T. et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. **The Lancet**, v. 383, n. 9921, p. 955-962, 2014;

SANTIAGO, Emerson Rogério Costa et al. Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em adultos do sertão de Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 687-695, 2019;

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. **Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 33, n. 5, 2017;

SILVA, Josilaine Porfírioda et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 23, n. 1, 2015;

SILVA, Carlos Jordão De Assis et al. **Processo de enfermagem em cardiologia ao paciente idoso na perspectiva da teoria das necessidades humanas básicas**. *Anais VI CIEH, Campina Grande: Realize Editora*, 2019;

SIMONETTI, Sérgio Henrique et al. Preditores clínicos intervenientes na adesão de usuários de anticoagulante orais. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 1, 2019;

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp, Siqueira-Filho, Aristarco Gonçalves de e Land, Marcelo Gerardin Poirot. **Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online], v. 109, n. 01, 2017;

SOA, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 385-395, 2015;

SONG, Ting et al. Factors Associated with Anticoagulation Adherence in Chinese Patients with Non-Valvular Atrial Fibrillation. **Patient preference and adherence**, v. 15, p. 493, 2021;

WANG, Yishen; SINGH, Shamsher; BAJOREK, Beata (2016) - Old age, high risk medication, polypharmacy: A 'trilogy' of risks in older patients with atrial fibrillation. **Pharmacy Practice**. ISSN 18863655. 14:2 (2016) 1–11. doi: 10.18549/PharmPract.2016.02.706;

YAÑEZ, Débora Milena Álvarez; GARCÍA, Asly Nataly Guevara; CALDERÓN, Yari Paola García. Adherencia terapéutica en pacientes anticoagulados con prótesis valvular mecánica. **Revista Ciencia y Cuidado**, v. 15, n. 2, p. 38-51, 2018;

ZIMETBAUM, Peter (2017) - Atrial Fibrillation. **Annals of internal medicine**. ISSN 15393704. 166:5 (2017) ITC33–ITC48. doi: 10.7326/AITC201703070.

FOTOBIOESTIMULAÇÃO COMO TERAPIA COADJUVANTE NA COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO

CIBELLY NUNES FORTUNATO

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFPB, cibelly.nunes@academico.ufpb.br;

ERIKA VILAR BÔTTO TARGINO

Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, Especialista em Terapia Intensiva, erickavilar@hotmail.com;

REGINA COELY DONATO CARREIRO

Enfermeira, Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pelo Hospital Sírio-Libanês, recoely.donato@gmail.com;

WASHINGTON SILVA MENEZES

Enfermeiro, Mestre em Terapia Intensiva pelo IMBES-SP, Graduando em Medicina pelo Centro Universitário UNIFACISA-CG, washington_43@hotmail.com.

RESUMO

A pandemia do *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-Cov-2) disseminou-se rapidamente por todo o mundo com maior incidência entre idosos e imunocomprometidos, causando inúmeras infecções, mortes e conseqüentemente colapso nas unidades de terapia intensiva sobrecarregadas com pacientes. Com a ausência de evidências acerca de agentes terapêuticos com eficácia comprovada, específicos ao tratamento da COVID-19, tem aumentado a busca por terapias coadjuvantes como estratégias que produzam efeito no combate à inflamação. A fotobiomodulação, tem se mostrado como uma abordagem promissora ao manejo de sinais e sintomas nesses pacientes. A presente revisão tem como objetivo mapear na literatura científica evidências sobre o uso da fotobiomodulação como terapia coadjuvante em pessoas com COVID-19. Trata-se de uma revisão de escopo, de acordo com estrutura proposta pelo Instituto *Joanna Briggs*, norteada pela estratégia mnemônica: Problema, Conceito e Contexto, registrada na plataforma *online Open Science Framework* (osf.io/5g9mx). Dos 15 artigos selecionados para compor a amostra final, identificou-se uma homogeneidade de publicações internacionais (87%) oriundas de vários países, todos publicados no idioma inglês. Sete estudos (47%) foram produzidos exclusivamente por médicos, em periódicos pertencentes às ciências médicas. Evidenciou-se que o uso da fotobiomodulação além de alternativa como terapia coadjuvante segura, acessível e eficaz, não produz efeitos colaterais nem interações medicamentosas. Sugere-se que efeitos terapêuticos associados a fotobiomodulação seja melhor estudada através de pesquisas e ensaios clínicos robustos, especialmente de origem nacional com abordagens multiprofissionais, no propósito de difundir e subsidiar uma prática segura baseada em evidências, sobretudo no contexto da COVID-19.

Palavras-chave: Fotobioestimulação, Tratamento Não Farmacológico, Anti-Inflamatórios, COVID-19, Idosos.

INTRODUÇÃO

A pandemia do *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-Cov-2), denominada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de COVID-19 do inglês *coronavirus disease 19*. Surgiu inicialmente em Wuhan na China, disseminando-se rapidamente por todo o mundo com maior incidência entre idosos e imunocomprometidos, causando inúmeras infecções, mortes e consequentemente colapso nas unidades de terapia intensiva sobrecarregadas com pacientes. Sua transmissibilidade acontece diretamente de pessoa a pessoa, por meio de gotículas respiratórias, aerossóis e contato com superfícies contaminadas pelo patógeno (KONIG *et al.*, 2020).

Perante muitas incertezas em sua fisiopatologia, sabe-se que o novo coronavírus causa uma reação exacerbada do sistema imunológico conhecida como tempestade de citocinas, portanto, consensos em relação ao tratamento seguem na perspectiva de terapias que auxiliem no processo de recuperação de quadros imuno inflamatórios (ZHOU *et al.*, 2020).

Mediante um agente infeccioso altamente patogênico ao organismo humano, o SARS-Cov-2 se liga na superfície celular do trato respiratório, mais precisamente ao receptor da enzima conversora de angiotensina (ACE2). Logo, na medida em que o vírus ataca as células, estas em apoptose se deslocam e bloqueiam as vias aéreas enquanto o agente infeccioso migra até os pulmões causando infecção respiratória grave e consequentemente comprometendo o sistema imunológico (MOKMELI; VETRICI, 2020).

Tendo em vista a ausência de evidências acerca de agentes terapêuticos com eficácia comprovada específicos ao combate do SARS-Cov-2, além de todas as recomendações de autocuidado orientadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das condutas utilizadas para o tratamento medicamentoso visa suprimir a resposta inflamatória através de imunossupressores que agem em defesa do organismo, na tentativa de eliminar o vírus (NEJATIFARD *et al.*, 2021).

Contudo, tem aumentado a busca por terapias coadjuvantes como estratégias que produzam esse mesmo efeito no combate à inflamação. A fotobiomodulação, também conhecida como Terapia com Laser

de Baixa Intensidade (LLLT), tem se mostrado como uma abordagem promissora ao manejo de sinais e sintomas em pacientes desde a fase inicial da COVID-19 como em casos onde a reabilitação é necessária (NEJATIFARD *et al.*, 2021).

Trata-se de um método não invasivo, utilizado há anos, porém pouco difundido. Consiste na aplicação da luz de baixa intensidade capaz de induzir um processo fotoquímico intracelular sobretudo nas mitocôndrias, estimulando a produção de energia através da molécula de adenosina trifosfato (ATP), aumentando o metabolismo celular, promovendo regeneração tecidual, efeito anti-inflamatório e analgésico (SHERAFAT *et al.*, 2020).

A terapia com laser de baixa intensidade é um recurso disponível à toda equipe multiprofissional, desde que capacitada e treinada, e por todas as suas vantagens tem se mostrado propícia sobretudo em doenças inflamatórias pulmonares. No caso da COVID-19, os benefícios acentuam-se sobretudo pela melhora na oxigenação, reabilitação do dano tecidual, efeito antioxidante, anti-inflamatório e antiviral com implicações no controle da tempestade de citocinas (SIGMAN; MOKMELI; VETRICI, 2020).

Portanto, realizar uma revisão de escopo sobre essa temática, justifica-se pela necessidade de conhecer evidências científicas acerca do uso da fotobiomodulação como terapia coadjuvante em pessoas com COVID-19. Afinal, trata-se de uma emergência em saúde pública com altos índices de infectividade e mortalidade que, até o momento, não dispõe de um tratamento específico eficaz comprovado cientificamente. Torna-se imprescindível aprofundar conhecimentos empíricos que possam subsidiar condutas no sentido de amenizar os danos causados pelo processo de adoecimento ao SARS-Cov-2 e suas consequências.

Ante o exposto, torna-se indispensável uma vasta busca na literatura acerca do tema, com a finalidade de evidenciar o que tem sido pesquisado e apontar possíveis lacunas do conhecimento necessário para subsidiar as futuras decisões terapêuticas e manejo dos casos do novo coronavírus. Desse modo, a presente revisão tem como objetivo mapear na literatura científica evidências sobre o uso da fotobiomodulação como terapia coadjuvante em pessoas com COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo (*scoping review*), estudo que visa mapear evidências científicas a cerca de um determinado campo de interesse através da síntese de conhecimentos conduzida de maneira rigorosa, fonte confiável e transparente, permitindo encontrar possíveis lacunas ainda não exploradas na prática clínica (KHALIL *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva seguindo a estrutura proposta pelo Instituto *Joanna Briggs* (JBI), as etapas metodológicas da revisão consistiram na definição da questão norteadora e objetivo da pesquisa, identificação dos estudos relevantes para compor a revisão, seleção conforme critérios predefinidos, mapeamento de dados coletados, caracterização dos resultados encontrados através da análise qualitativa, apresentação dos achados e implicações para futuras investigações (KHALIL *et al.*, 2021). Registrada pela plataforma *online Open Science Framework* (OSF) através do link <https://osf.io/5g9mx/>, ferramenta que disponibiliza aos pesquisadores maior reprodutibilidade de uma variedade de estudos da literatura científica.

Para definir e nortear a estratégia de busca aplicou-se a estratégia mnemônica por meio dos tópicos-chave: PCC - Problema, Conceito e Contexto, que auxiliam condução da questão de pesquisa na revisão de escopo. Portanto, o Problema elencado se refere a utilização da fotobiomodulação como terapia coadjuvante, o Conceito englobou possíveis possibilidades de intervenção no cenário da COVID-19, e o Contexto compreendeu estudos nacionais e internacionais publicados em base de dados científicas da área da saúde nos últimos cinco anos acerca do objeto de estudo em questão (JBI, 2015).

Consolidando os tópicos-chave PCC com o objetivo do estudo, a questão de pesquisa se constituiu como: Quais achados na literatura científica evidenciam as contribuições do uso da fotobiomodulação como terapia coadjuvante no tratamento da COVID-19?

Inicialmente a identificação dos estudos relevantes para o alcance da revisão deu-se pela definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) / *Medical Subject Headings* (MeSH) "Low-Level Light Therapy" "COVID-19" "Anti-Inflammatory Agents" por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior

- CAPES, acesso pela Comunidade Acadêmica Federada - CAFE, nas bases de dados: MEDLINE, PUBMED, EBSCO, e *Web of science*, em abril de 2022. Através da estratégia de busca avançada, os descritores foram relacionados e organizados entre si com a adição do operador booleano AND conforme disposto em Quadro 1, com o objetivo de selecionar os artigos publicados que possam subsidiar uma apreciação crítica sobre a temática.

Quadro 1. Estratégia de busca avançada nas bases de dados. João Pessoa - PB, Brasil, 2022.

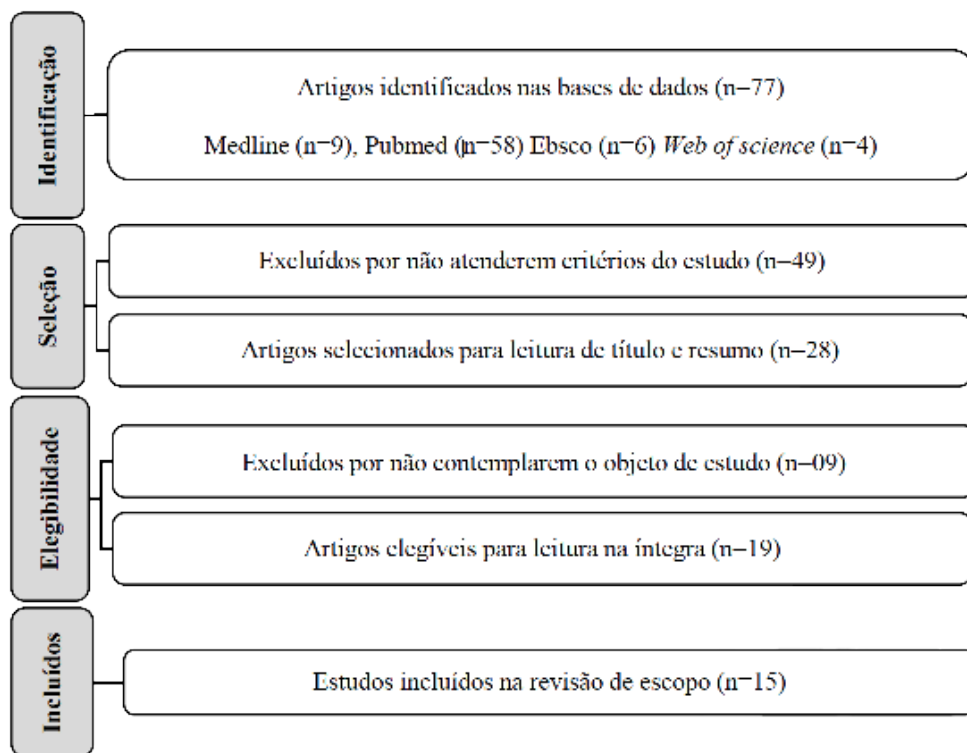
Base de dados	Estratégia avançada de busca
MEDLINE	<i>Low-Level Light Therapy (all fields) AND COVID-19 (all fields) AND Anti-Inflammatory Agents (all fields)</i>
PUBMED	<i>Low-Level Light Therapy (all fields) AND COVID-19 (all fields) AND Anti-Inflammatory Agents (all fields)</i>
EBSCO	<i>Low-Level Light Therapy (campo não selecionado) AND COVID-19 (campo não selecionado) AND Anti-Inflammatory Agents (campo não selecionado)</i>
Web of Science	<i>TS = (Low-Level Light Therapy AND COVID-19 AND Anti-Inflammatory Agents)</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Para alinhar a seleção do estudo elegeu-se os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos cinco anos, acerca da temática pretendida, no cenário nacional e internacional. E como critérios de exclusão: duplicidade e indisponibilidade da publicação em texto completo.

Os artigos elegíveis por etapa de seleção seguiram o modelo de fluxograma PRISMA-ScR *extension for Scoping Reviews* conforme Fig.1. Foram selecionados através das etapas de identificação nas bases de dados (n=77), desconsiderando os excluídos por não atenderem critérios do estudo, seguiram (n=28) para leitura de títulos e resumos, destes, após exclusão por não contemplarem o objeto do estudo foram elegíveis para leitura na íntegra (n=19) e por fim, após análise e pertinência dos estudos (n=15) foram incluídos na amostra final de acordo com proposta da revisão (TRICCO *et al.*, 2018).

Figura - Artigos incluídos no estudo segundo fluxograma PRISMA-ScR. João Pessoa - PB, Brasil, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A etapa de caracterização de dados foi norteada por um roteiro estruturado, elaborado pelos autores, para levantamento de dados acerca dos periódicos e das publicações como título do artigo, autores, ano de publicação, país onde o estudo foi conduzido, idioma, área profissional e de periódicos por publicação, tipo de delineamento, nível de evidência dos estudos e principais achados, com o objetivo de destacar as principais evidências relacionadas às potencialidades do uso da fotobiomodulação como terapia coadjuvante no tratamento da COVID-19.

A apresentação dos achados foi exposta após análise dos estudos selecionados para revisão, no intuito de propiciar uma visão global do material analisado, de modo que permitisse sintetizar e discutir os resultados alcançados. Tratando-se de um estudo com utilização de

informações secundárias de domínio público realizado através de revisão da literatura científica, não foi necessária apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização e a análise qualitativa dos estudos selecionados para amostra final desta revisão e seus respectivos achados estão dispostos no Quadro 2.

Quadro 02 – Caracterização dos estudos segundo autores, ano e título do artigo, país onde o estudo foi conduzido, área profissional e principais achados empíricos (n=15). João Pessoa - PB, Brasil, 2022.

Autores Ano Título do artigo	País onde o estudo foi conduzido Área profissional	Principais achados
SOHEILIFAR, S.; FATHI, H.; NAGHDI, N. (2021) <i>Photobiomodulation therapy as a high potential treatment modality for COVID-19.</i>	Irã, Canadá Odontologia	Modalidade de tratamento mostrou-se eficaz em casos de COVID-19 com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), com efeitos positivos no equilíbrio da função do sistema imunológico. Potencial de diminuir o nível de citocinas pró-inflamatórias e melhorar o equilíbrio da Interleucina 10 (IL-10) com efeitos colaterais adversos muito limitados.
NEJATIFARD, M., et al. (2021) <i>Probable positive effects of the photobiomodulation as an adjunctive treatment in COVID-19: A systematic review.</i>	Irã, África do Sul Multiprofissional	A fotobiomodulação configura um tratamento adjuvante útil no manejo da COVID-19, pode reduzir o edema pulmonar, influxo de neutrófilos e promover a regeneração do tecido pulmonar, melhor oxigenação para todos os órgãos relacionados, pode ser usada inclusive como uma abordagem preventiva.
SIGMAN S. A., MOKMELI S., VETRICI M. A. (2020) Adjunct low level laser therapy (LLLT) in a morbidly obese patient with severe COVID-19 pneumonia: A case report.	EUA, Canadá Medicina	Acelera recuperação reduzindo significativamente o tempo de internação e necessidade de suporte ventilatório, a gravidade da doença e carga clínica nos hospitais.

Autores Ano Título do artigo	País onde o estudo foi conduzido Área profissional	Principais achados
MOKMELI S.; VETRICI M. (2020) <i>Low level laser therapy as a modality to attenuate cytokine storm at multiple levels, enhance recovery, and reduce the use of ventilators in COVID-19.</i>	Canadá Medicina	A fotobiomodulação é considerada uma modalidade viável ao tratamento da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), podendo ser adicionada ao tratamento convencional da COVID-19 em diferentes estágios da doença.
SHERAFAT, S. J. et al. (2020) <i>The effectiveness of photobiomodulation therapy (PBMT) in COVID-19 infection.</i>	Irã, Canadá Medicina	Modula respostas imunes, estimula cicatrização tecidual, reduz carga viral e as superinfecções bacterianas nos pacientes com infecções por COVID-19.
VETRICI, M. A. et al. (2021) <i>Evaluation of Adjunctive Photobiomodulation (PBMT) for COVID-19 Pneumonia via Clinical Status and Pulmonary Severity Indices in a Preliminary Trial</i>	EUA, Canadá Medicina	Os pacientes em uso da Terapia com Laser de Baixa Intensidade se recuperaram sem necessidade de ventilação mecânica e internação em UTI. Em contrapartida, 60% do grupo controle necessitou de ambas as intervenções, apresentando 40% de mortalidade nesse grupo.
HANNA, R. et al. (2021) <i>Understanding COVID-19 Pandemic: Molecular Mechanisms and Potential Therapeutic Strategies. An Evidence-Based Review.</i>	Itália, Reino Unido, Índia, Romênia Multiprofissional	A fototerapia pode desempenhar um papel crucial no gerenciamento da COVID-19 na modalidade preventiva e terapêutica.
HANNA, R. et al. (2020) <i>Phototherapy as a Rational Antioxidant Treatment Modality in COVID-19 Management; New Concept and Strategic Approach: Critical Review.</i>	Itália, Reino Unido, Romênia Odontologia	Terapias fotodinâmicas são modalidades de tratamento promissoras no manejo da COVID-19 ao desativar vírus e reduzir a carga viral através da interação vírus- hospedeiro.
MATOS B. T. L. et al. (2021) <i>Photobiomodulation Therapy as a Possible New Approach in COVID-19: A Systematic Review.</i>	Brasil Multiprofissional	O laser de baixa potência tem se mostrado benéfico desde o estágio inicial da COVID-19, pode evitar estágios mais graves, complicações e internações em UTI.
MOSKVIN S.; ASKHADULIN E.; KOCHETKOV A. (2021) <i>Low-Level Laser Therapy in Prevention of the Development of Endothelial Dysfunction and Clinical Experience of Treatment and Rehabilitation of COVID-19 Patients.</i>	Rússia Medicina	Já existe uma experiência positiva de aplicação da terapia a laser de baixa potência para o tratamento integral e reabilitação de pacientes com COVID-19 para fins profiláticos e terapêuticos. Infelizmente, este método permanece em demanda insuficiente.

Autores Ano Título do artigo	País onde o estudo foi conduzido Área profissional	Principais achados
LIEBERT A. <i>et al.</i> (2020) <i>A Potential Role for Photobiomodulation Therapy in Disease Treatment and Prevention in the Era of COVID-19.</i>	Austrália Medicina	A fotobiomodulação atua na prevenção, tratamento e cura de forma segura, método não invasivo, de baixo custo, livre de efeitos colaterais e facilmente implantado, particularmente adequado para as populações de maior risco.
AGUIDA B. <i>et al.</i> (2021) <i>Infrared light therapy relieves TLR-4 dependent hyper-inflammation of the type induced by COVID-19.</i>	França, Tailândia, EUA Biologia	Em métodos laboratoriais, a exposição ao infravermelho interage de forma eficaz e sem efeitos colaterais em resposta inflamatória. No entanto, se faz necessário observar fatores de comprimento de onda, intensidade e tempo de exposição de aplicação da luz para desenvolver um protocolo de tratamento ideal para pacientes com COVID-19 em ambiente hospitalar.
MACEDO, D. B. <i>et al.</i> (2021) <i>Influence of photobiomodulation therapy on the treatment of pulmonary inflammatory conditions and its impact on COVID-19.</i>	Brasil Multiprofissional	Resultados em laboratório comprovou que apenas duas aplicações de fotobiomodulação com laser no comprimento de onda infravermelho são capazes de reduzir a inflamação em um modelo experimental de lesão pulmonar aguda (LPA), uma das principais complicações críticas da infecção por COVID-19.
PELLETIER AOUIZERATE, M.; ZIVIC, Y. (2021) <i>Early cases of acute infectious respiratory syndrome treated with photobiomodulation, diagnosis and intervention: Two case reports.</i>	França Medicina	A fotobiomodulação traduz uma modalidade promissora em termos de custo-efetividade, em clínica ou atendimento domiciliar. Na terapia profilática apoia o sistema imunológico nativo para combater vírus e bactérias e produzir anticorpos.
SABINO A, C. P. <i>et al.</i> (2020) <i>Light-based technologies for management of COVID-19 pandemic crisis.</i>	Brasil, EUA, Espanha, Reino Unido Multiprofissional	Aponta o laser como tecnologia útil para enfrentar a pandemia de COVID-19, com vantagens e desvantagens que merecem ser destacadas. Reduz a transmissão de SARS-CoV-2 através do ar, água e superfícies, bem como potenciais aplicações terapêuticas que podem diminuir a morbidade e mortalidade por COVID-19.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Dos 15 artigos selecionados para compor a amostra final da revisão, no que se refere à distribuição da origem dos estudos por país, identificou-se uma homogeneidade de publicações internacionais (87%) oriundas de vários países, todos publicados no idioma inglês (100%). Em relação à área profissional por produção científica, sete estudos (47%) foram produzidos exclusivamente por médicos. Quanto as publicações por periódicos de acordo com a área de conhecimento a maioria das revistas pertencem às ciências médicas de relevância multiprofissional.

Ao analisar a composição por profissões dos autores, apesar da alta prevalência de médicos, constatou-se produções compostas com colaboração de outros membros da equipe multiprofissional, dentre eles, odontólogos, biólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos veterinários.

O delineamento dos estudos de acordo com o estabelecido pela *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*, acerca do nível de evidência científica e seu respectivo grau de recomendação apresentaram-se conforme, disposto no Quadro 3 (CEBM, 2011).

Quadro 3 – Delineamento e nível de evidência dos estudos da revisão de escopo (n=15). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Delineamento do estudo	Nível de evidência	Quantidade (n=15)	%
Ensaio clínico	1b - Grau de recomendação A	01	6,7%
Revisão sistemática	2a - Grau de recomendação B	05	33,3%
	3a - Grau de recomendação B	01	6,7%
Estudo de coorte	2c - Grau de recomendação B	03	20%
	2b - Grau de recomendação B	02	13,3%
Relatos de casos	4 - Grau de recomendação C	02	13,3%
Opiniões de especialistas	5 - Grau de recomendação D	01	6,7%

Fonte: *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* (CEMB, 2011), 2021.

Não obstante, após anunciada a emergência em saúde pública, inúmeras produções científicas acerca da COVID-19 já dominavam as plataformas dos principais periódicos da área da saúde. Ao passo que cientistas de todo o mundo se esforçaram na tentativa de compreender o comportamento do novo coronavírus no corpo humano em busca de consensos ao tratamento ideal, vacinas seguras e eficazes.

Pesquisa recente aponta o SARS-CoV-2 como um vírus que ataca além do sistema respiratório, outros órgãos alvos como cérebro, coração, intestino e sistema vascular por meio da corrente sanguínea. A sintomatologia pode variar de indivíduo para indivíduo, logo, o manejo segue uma perspectiva de cuidado individualizado, sobretudo aos considerados grupo de risco, com alguma comorbidade associada e que apresentam baixa resposta imunológica (LIN *et al.*, 2020).

Na COVID-19, durante o processo inflamatório, a lesão pulmonar ocorre mediante ativação dos receptor celular TLR4 presente nas células alveolares, que uma vez desregulada leva a produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias a exemplo da TNF-alfa, IL-1Beta e IL-6, extremamente tóxicas em doenças virais (AGUIDA *et al.*, 2021).

A fotobiomodulação é uma tendência de tratamento relativamente recente, de modo que há uma necessidade urgente na realização de ensaios clínicos com grande número de participantes que possam subsidiar e validar essa promissora terapia não invasiva. Estudo sugere que nas infecções causadas pelo novo coronavírus pode ser aplicada na modalidade preventiva ou terapêutica desde que associada ao protocolo padrão para inativar o vírus (HANNA *et al.*, 2021).

Os benefícios locais e sistêmicos em decorrência do uso da fotobiomodulação ou terapia fotodinâmica tem se mostrado significativos nas últimas décadas. Há evidências de eficácia em fatores relacionados à reparação tecidual e cicatrização de feridas, analgesia, efeitos anti oxidantes e anti inflamatórios em doenças crônicas, modulando o sistema imunológico ao atuar como agente antiviral (KUFFLER, 2016; HAMBLIN, 2017; ALAYAT *et al.*, 2020).

Dentre as evidências terapêuticas encontradas nos estudo que compõe essa revisão, podemos citar o caráter da abordagem preventiva direcionada a pacientes classificados como de alto risco para infecção pelo novo coronavírus, a exemplo de idosos e portadores de comorbidades, ao fazer uso da fotobiomodulação ainda em estágios iniciais da doença pode reduzir além condição de piora do quadro como possível chance de internações em unidades de terapia intensiva (NEJATIFARD *et al.*, 2021).

Além da síndrome respiratória aguda grave, disfunções sistêmicas relacionadas a lesão endotelial em pacientes infectados pelo SARS-CoV-2, pesquisas evidenciaram presença de microtrombos capilares

disseminados sobretudo em região alveolar. Logo, a terapia com laser de baixa intensidade, nesses casos, atua como importante regulador de processos intracelulares no intuito de manter a homeostasia do sistema circulatório. Conseqüentemente, ao desencadear processos fotodinâmicos, ativam a função mitocondrial, aumentam a concentração de cálcio e intensificam a liberação de óxido nítrico, importante mediador endotelial e potente vasodilatador que irá atuar reduzindo a ativação plaquetária favorecendo o tratamento da trombose (MOSKVIN; ASKHADULIN; KOCHETKOV, 2021; WAJIH *et al.*, 2021).

O efeito da fotobiomodulação na resposta imune do sistema respiratório ocorre através do controle de neutrófilos, responsáveis por reduzir a cascata de tempestade de citocinas pró-inflamatórias e aumentar as citocinas anti-inflamatórias. As mitocôndrias, organelas fotoreceptoras, reativam a síntese de energia celular reestabelecendo os níveis de adenosina trifosfato (ATP) nos linfócitos e macrófagos com o objetivo de reduzir processos inflamatórios. Na COVID-19, a curto prazo pode auxiliar na recuperação e reduzir o risco de sequelas pós-infecção. A longo prazo, a terapia com laser de baixa intensidade pode melhorar comorbidades que aumentam o risco nas populações vulneráveis à infecção viral, auxilia na reabilitação e na vacinação aumentando significativamente as respostas imunes (LIEBERT *et al.*, 2020).

Por conseguinte, se faz necessário atentar-se para alguns fatores relacionados a dosimetria (parâmetro de irradiação, posologia e tecido alvo) durante o uso da fotobiomodulação. Aspectos como, potência, área a ser irradiada, intensidade, tempo, energia, fluência; tipo de aplicação e características clínicas do tecido a ser irradiado devem ser levados em consideração durante a elaboração do protocolo clínico de acordo com o objetivo que se pretende atingir e a tecnologia disponível no serviço. Dentre os tipos de laser de baixa potência com efeito terapêutico e radiação não ionizante existentes no mercado, os mais comuns são de meio ativo sólido diodo vermelho (620-690nm) e infra-vermelho (720-980nm) com espectros eletromagnéticos que se propagam conforme objetivo planejado (MOREIRA *et al.*, 2020).

Estudo conduzido em laboratório, testou métodos de aplicação da luz infravermelha através de protocolo utilizando, fonte de luz LED (*Light emitter diode*) de 720nm, na intensidade de 6 W/m², tempo de

exposição 10 minutos em intervalos de 12 horas, e evidenciou como resultado do tratamento uma redução de 50% na resposta inflamatória. Portanto, houve diminuição significativa do fluxo causado pelas citocinas pró inflamatórias, inclusive a IL-6 foi diminuída em 75% ao final do tratamento. Esse resultado sugere a terapia com infravermelho, nessas perspectivas, como meio seguro, acessível e eficaz ao tratamento das SARS podendo ser benéfico em pacientes com COVID-19 em estágios avançados, no entanto, se faz necessário realizar estudos clínicos controlados nessa população (AGUIDA *et al.*, 2021).

No que se refere as principais complicações em decorrentes da infecção pelo SARS-CoV-2, tanto na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) quanto na Lesão Pulmonar Aguda (LPA) há presença de dano alveolar difuso, representada pela exacerbação de neutrófilos que nessas circunstâncias são responsáveis pela destruição da membrana basal e aumento da permeabilidade da barreira alveolar ocasionando edema intersticial além de promover quimiotaxia e liberar vários mediadores pró-inflamatórios nos tecidos pulmonares que contribuem para o desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda (MATTHAY *et al.*, 2019).

Um desafio considerado por Aguida *et al.*, (2021) em seu estudo, diz respeito à aplicação local da luz infravermelha no tratamento de doenças pulmonares de modo a proporcionar profundidade e uniformidade de penetração dos feixes de luz adequada na cavidade torácica, visto que atualmente muitos dispositivos de fotobiomodulação baseados em LED não fornecem tais requisitos.

Estudo conduzido em laboratório concluiu que a utilização da fotobiomodulação além de reduzir os mediadores e sinais inflamatórios no tecido pulmonar, diminui lesão endotelial, permeabilidade vascular, edema pulmonar, citocinas pró-inflamatórias e conseqüentemente o dano alveolar difuso, sobretudo na fase aguda (MACEDO *et al.*, 2021).

Autores defendem que os benefícios associados ao uso da fotobiomodulação pode trazer impactos para a saúde pública como a redução da taxa de letalidade pela COVID-19. Ao considerar que a terapia pode potencializar os efeitos dos tratamentos farmacológicos convencionais já utilizados na prática clínica e melhorar aspectos relacionados ao bem-estar e saúde mental dos acometidos. A atuação da luz no sistema biológico através de um processo bioquímico induz melhorias

ao sistema respiratório, circulatório e vascular que podem evitar a necessidade de ventilação mecânica (PELLETIER-AOUIZERATE; ZIVIC, 2021).

Contudo, pesquisa sobre o gerenciamento das tecnologias baseadas em luz propõe vários tipos de aplicações terapêuticas potenciais, vantagens e desvantagens que merecem ser consideradas na utilização de protocolos direcionados aos pacientes infectados pelo novo coronavírus. Defende que a fotobiomodulação pode reduzir seu alto potencial de morbimortalidade através da capacidade de modular a resposta imune do hospedeiro (SABINO *et al.*, 2020, HANNA *et al.*, 2020).

Ante o exposto, destaca-se, como limitação do presente estudo a escassez de produções científicas oriundas de ensaios clínicos robustos que fomentem com melhor precisão as contribuições e potencialidades no contexto nacional e internacional do uso da fotobiomodulação como terapia coadjuvante na prática clínica, baseada em evidências capazes de minimizar danos e agravos relacionados as complicações do novo coronavírus. Contudo, deve-se considerar os resultados encontrados nessa revisão apenas para o perfil amostral em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o uso da fotobiomodulação além de alternativa como terapia coadjuvante segura, acessível e eficaz, não produz efeitos colaterais nem interações medicamentosas. Sua utilização terapêutica para COVID-19 contribui na perspectiva de modulação da resposta imune através do combate aos agentes inflamatórios presentes nos tecidos alvos durante o processo infeccioso.

Conseqüentemente, seus benefícios aceleram a recuperação da saúde física e mental das pessoas acometidas pelo SARS-CoV-2 reduzindo significativamente a gravidade da doença, o tempo de internação, de admissão em UTI e suporte ventilatório diminuindo a carga clínica sobre os profissionais e colapso dos serviços de saúde. Estudos sugerem uma avaliação prévia do paciente bem como um planejamento baseado em protocolo clínico coadjuvante com vistas ao combate do processo infamatório causado pelo agente patogênico no organismo humano e benefícios à resposta imune.

Todavia, sugere-se que efeitos terapêuticos associados a fotobiomodulação seja melhor estudado através de pesquisas e ensaios clínicos robustos, especialmente de origem nacional com abordagem multiprofissional, no propósito de difundir e subsidiar uma prática segura baseada em evidências, sobretudo no contexto da COVID-19.

REFERÊNCIAS

AGUIDA, B. *et al.* Infrared light therapy relieves TLR-4 dependent hyper-inflammation of the type induced by COVID-19. **Communicative & integrative biology**. v.14, n.1, p.200-211, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1080/19420889.2021.1965718> >. Acesso em: 13 abr. 2022.

ALAYAT, M. S. M., *et al.* Correction to: Long-term effect of high-intensity laser therapy in the treatment of patients with chronic low back pain: a randomized blinded placebo-controlled trial. **Lasers Med Sci**. V.35, n.297, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s10103-019-02926-x> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

HAMBLIN, M. R. Mechanisms and applications of the anti-inflammatory effects of photobiomodulation. **AIMS biophysics**. v.4, n.3, p.337–361, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.3934/biophy.2017.3.337> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

HANNA, R. *et al.* Understanding COVID-19 Pandemic: Molecular Mechanisms and Potential Therapeutic Strategies. An Evidence-Based Review. **Journal of inflammation research**. v.14, p.13–56, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.2147/JIR.S282213> >. Acesso em: 11 abr. 2022.

HANNA, R. *et al.* Phototherapy as a Rational Antioxidant Treatment Modality in COVID-19 Management; New Concept and Strategic Approach: Critical Review. **Antioxidantes**. v.9, n.875, 2020. Disponível em: < <https://doi:10.3390/antiox9090875> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). Methodology for JBI Scoping Reviews-Joanna Briggs 2015. Australia: **JBI**, 2015. Disponível em: <<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/>

Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_ v2.pdf
>. Acesso em: 10 abr. 2022.

KHALIL, H. *et al.* Conduzindo revisões de escopo de alta qualidade - desafios e soluções. **Jornal de epidemiologia clínica**. v.130, p.156-160, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.009> >. Acesso em: 10 abr. 2022.

KONIG, M. F. *et al.* Visando o eixo catecolamina-citocina para prevenir a síndrome da tempestade de citocinas SARS-CoV-2. 2020. **medRxiv**. Disponível em: < <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20051565> >. Acesso em: 10 abr. 2022.

KUFFLER, D. P. Photobiomodulation in promoting wound healing: a review. **Medicina regenerativa**. v. 11, n. 1, pág. 107-122, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.2217/rme.15.82>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

LIEBERT, A. *et al.* A Potential Role for Photobiomodulation Therapy in Disease Treatment and Prevention in the Era of COVID-19. **Aging and disease**. v.11, n6, p.1352-62, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0901> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

LIN, L. *et al.* Hipótese para a potencial patogênese da infecção por SARS-CoV-2 – uma revisão das alterações imunológicas em pacientes com pneumonia viral. **Emerg Microb Infect**. v.9, n.1, p.:727–732, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1746199> >. Acesso em: 11 abr. 2022

MACEDO, D. B. *et al.* Influence of photobiomodulation therapy on the treatment of pulmonary inflammatory conditions and its impact on COVID-19. **Lasers Med Sci**. v.37, p.1921–29, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s10103-021-03452-5> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

MATOS, B. T. L. *et al.* Photobiomodulation Therapy as a Possible New Approach in COVID-19: A Systematic Review. **Life**. v.11, n.580, p.1-15 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/life11060580> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

MATTHAY, M. A. *et al.* Acute respiratory distress syndrome. **Nat Rev Dis Primers**. v.5, n.18, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0069-0> >. Acesso em 12 abr. 2022.

MOKMELI, S.; VETRICI, M. Low level laser therapy as a modality to attenuate cytokine storm at multiple levels, enhance recovery, and reduce the use of ventilators in COVID-19. **Can J Respir Ther**. v.56, p.25–31, 2020. Disponível em: < <https://10.29390/cjrt-2020-015> >. Acesso em: 11 abr. 2022.

MOREIRA, F. C. L. *et al.* **Manual prático para uso dos lasers na odontologia** [Ebook]. Goiânia: Cegraf UFG, 2020. Disponível em: < https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/Manual_Laser.pdf >. Acesso em: 12 abr. 2022.

MOSKVIN, S.; ASKHADULIN, E.; KOCHETKOV, A. Low-Level Laser Therapy in Prevention of the Development of Endothelial Dysfunction and Clinical Experience of Treatment and Rehabilitation of COVID-19 Patients. **Rehabilitation Research and Practice**. 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1155/2021/6626932> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

NEJATIFARD, M., *et al.* Probable positive effects of the photobiomodulation as an adjunctive treatment in COVID-19: A systematic review. **Citocina**. V.137, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.cyto.2020.155312> >. Acesso em: 11 abr. 2022.

OXFORD CENTER FOR EVIDENCE BASEDCMEDICINE (CEBM). **Glossary**. Oxford, 2011. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2014/janeiro/28/tabela-nivel-evidencia.pdf> >. Acesso em: 10 abr. 2022.

PELLETIER-AOUIZERATE, M.; ZIVIC, Y. Early cases of acute infectious respiratory syndrome treated with photobiomodulation, diagnosis and intervention: Two case reports. **Clinical Case Reports**, v.9, n.4, p. 2429–37, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1002/ccr3.4058> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

SABINOVA, C. P. *et al.* Light-based technologies for management of COVID-19 pandemic crisis. **Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology**, v.212, p.111999, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.jphotobiol.2020.111999> >. Acesso em: 12 abr. 2022.

SIGMAN, S. A.; MOKMELI, S.; VETRICI, M. A. Adjunct low level laser therapy (LLLT) in a morbidly obese patient with severe COVID-19 pneumonia: A case report. **Can J Respir Ther**. v.56 p.52–56, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7521601/>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SHERAFAT, S. J. *et al.* The effectiveness of photobiomodulation therapy (PBMT) in COVID-19 infection. **J Lasers Med Sci**. 2020;11(supl 1):S23-S29. Disponível em: < <https://journals.sbmu.ac.ir/jlms/article/view/32600> >. Acesso em: 10 abr. 2022.

SOHEILIFAR, S.; FATHI, H.; NAGHDI, N. Photobiomodulation therapy as a high potential treatment modality for COVID-19. **Lasers em Ciências Médicas**. v. 36, n. 5, p. 935-938, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s10103-020-03206-9> >. Acesso em: 11 abr. 2022.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**. v.169 n.7, p.467-73, 2018. Disponível em: <<https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

VETRICI, M. A. *et al.* Evaluation of Adjunctive Photobiomodulation (PBMT) for COVID-19 Pneumonia via Clinical Status and Pulmonary Severity Indices in a Preliminary Trial. **Journal of Inflammation Research**. V.14, p.965-79, 2021. Disponível em: < <https://10.2147/JIR.S301625> >. Acesso em: 11 abr. 2022.

WAJIH, N. *et al.* Effects of nitrite and far-red light on coagulation. **Nitric Oxide**. v.107, p.11-18, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.niox.2020.11.005> > Acesso em: 12 abr. 2022.

ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**. v.395, p.1054-62, 2020. Disponível em: < [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3) >. Acesso em: 12 abr. 2022.



ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS

ÁREA TEMÁTICA 18

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA

ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS

Esta Área Temática ***Intervenções de Enfermagem na saúde da pessoa idosa*** contempla estudos desenvolvidos com diferentes abordagens do cuidado de enfermagem no processo de envelhecimento direcionado às dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais com o propósito do cuidado integral.

É resultado de discussão sobre a relevância das intervenções de enfermagem em vários contextos de cuidar, o qual enfatiza a heterogeneidade do envelhecimento e suas implicações na prevenção, promoção, recuperação e qualidade de vida frente aos agravos à saúde em busca da longevidade. Destaca-se ainda a amplitude da atuação do enfermeiro nos diferentes cenários do cuidado integral à pessoa idosa na perspectiva da atenção humanizada e no desempenho na educação do indivíduo, da família, da comunidade.

Apresenta evidências científicas acerca de algumas condições de saúde que podem interferir na qualidade de vida da pessoa idosa e que, por meio das intervenções de enfermagem, precisam ser avaliadas e reavaliadas suas respostas diante dos problemas vigentes, no intuito de prevenir complicações. Destaca-se que para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem torna-se indispensável conhecer o processo de envelhecimento, as características da pessoa idosa, o local onde ela vive, bem como a rede de serviços de saúde acessível. Essas variáveis irão ajudar o enfermeiro a executar, prioritariamente, ações de prevenção e promoção da saúde dessas pessoas.

Ana Claudia Torres De Medeiros

UFCG

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM PESSOAS IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

VIVIANE PEIXOTO DOS SANTOS PENNAFORT

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em serviços de Saúde – PPGQUALISAÚDE/UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: vivipspf@yahoo.com.br;

MARIA EDUARDA SILVA DO NASCIMENTO

Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN, Brasil maria.nascimento.016@ufrn.edu.br;

RITA DE CÁSSIA AZEVEDO CONSTANTINO

Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN, Brasil rconstantino06@gmail.com;

ÂNGELO MÁXIMO SOARES DE ARAÚJO FILHO

Discente de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN, Brasil angelomaximojunior@hotmail.com;

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em serviços de Saúde – PPGQUALISAÚDE da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: ana-elzaufnrn@gmail.com;

RESUMO

O estudo teve como objetivo relatar a experiência de discentes da graduação em enfermagem nos cuidados com a fístula arteriovenosa em pessoas idosas. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante o primeiro semestre de 2022 em uma unidade de diálise conveniada ao Sistema único de Saúde, que disponibiliza tratamento de hemodiálise a 300 pacientes renais crônicos numa capital do Nordeste do Brasil. As experiências foram vivenciadas por discentes de graduação em Enfermagem que participaram do projeto de extensão intitulado “vivenciado o cuidado de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise”. Para apresentar e discutir os cuidados observados foram criadas três categorias: cuidados de Enfermagem antes de iniciar o tratamento; Cuidados de Enfermagem durante o tratamento; Cuidados de enfermagem após o tratamento. Foram levantados os cuidados gerais e os cuidados específicos antes, durante e após o tratamento. Vivenciar o cuidado de enfermagem ao paciente renal crônico, possibilitou aos discentes conhecer os principais cuidados gerais e específicos com a fístula arteriovenosa em pessoas idosas que fazem uso da hemodiálise como terapia renal substitutiva.

Descritores: Idosos, Insuficiência renal crônica, Hemodiálise, Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O corpo humano busca incansavelmente o seu equilíbrio interno mediante aos diversos processos fisiológicos que ocorrem simultaneamente durante toda a vida, sendo os rins um dos órgãos responsáveis por esse equilíbrio, que juntamente aos ureteres, bexiga e uretra formam o aparelho urinário. Seu trabalho consiste na filtração do sangue que chega através da artéria renal, a fim de manter o balanço hídrico, eletrolítico e ácido básico, além de remover toxinas e excreta-las na urina. Regula a pressão arterial sanguínea, por meio da produção de renina e a produção de eritrócitos por meio da eritropoietina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2022).

O acometimento renal tem se tornado cada vez mais comum na população brasileira, sendo atualmente considerado um grave de problema de saúde pública, tanto nos casos de comprometimento agudo quanto crônico. A perda das funções renais é dificilmente diagnosticada na população em geral, devido os sintomas serem imperceptíveis nos estágios iniciais da doença (BASTOS; BREGMAN, KIRSZTAJN, 2010).

A Injúria Renal Aguda (IRA) se instala em um intervalo de horas a dias, geralmente a paralização dos rins é reversível e o quadro clínico tem duração inferior a três meses. No caso da Doença Renal Crônica (DRC), caracterizada como lesão ou perda progressiva e irreversível das funções renais, sendo a evolução da doença classificada em cinco estágios de acordo com a taxa estimada de filtração glomerular (REIS *et al.*, 2022).

A avaliação da perda dessas funções ocorre pelo acompanhamento, principalmente, da ureia, creatinina sérica e da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), que representa a capacidade dos glomérulos em filtrar o sangue que chega aos rins. Pacientes com DRC tem uma diminuição progressiva desta taxa, e ao chegar em 15ml/min/1,73m² é considerado Falência Renal (FR), na qual o indivíduo passa a necessitar de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e, possivelmente, transplante renal (CORREIA *et al.*, 2021; REIS *et al.*, 2022).

Conforme o último censo realizado no Brasil pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), estima-se que em julho de 2020, 144.779 pessoas estivessem em tratamento de diálise, dentre elas,

92,6% estavam em hemodiálise (HD) e 7,4% em diálise peritoneal (DP). A prevalência permanece sendo maior em homens, 58%, a partir dos 45 anos (NERBASS *et al.*, 2022).

O envelhecimento populacional está diretamente relacionado ao público prevalente no tratamento dialítico, a população a partir dos 65 anos representa atualmente o segundo maior grupo de pessoas em sessões de hemodiálise, sendo grande parte desse público diagnosticado com comorbidades de caráter crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM), que com o avançar da idade tornam-se fatores de risco a qualidade de vida e estão associados como uma das principais causas múltiplas de complicações durante o tratamento e óbito em pacientes com DRC no Brasil (SIVIERO; MACHADO; CHERCHIGLIA, 2014; NERBASS *et al.*, 2022).

Dentre os acessos a corrente sanguínea utilizados em pacientes para a realização da hemodiálise, tem-se a prevalência do uso de Fístula Arteriovenosa (FAV), que no ano de 2020 correspondeu a via de acesso de aproximadamente 73% dos pacientes que faziam hemodiálise (NERBASS *et al.*, 2022). A FAV é obtida por um procedimento cirúrgico que promove a anastomose entre uma veia periférica a uma artéria, e após um intervalo de mais ou menos noventa dias ocorre o processo de maturação tornando-a um acesso permanente, que viabiliza a hemodiálise. São considerados parâmetros para escolha dos vasos a serem utilizados o calibre, que deve ser maior que 2,5mm, o fluxo sanguíneo e a localização, sendo confeccionadas preferencialmente nos vasos sanguíneos dos membros superiores (AL-BALAS *et al.*, 2021).

Para que o acesso permaneça viável em suas consecutivas punções devem ser adotados diversos cuidados por toda a equipe e também pelo paciente, que vão desde o encaminhamento precoce para construção do acesso e mapeamento pré-cirúrgico, incluindo o consenso das partes envolvidas sobre o procedimento, até a avaliação contínua da FAV (ALLON; ROBBIN, 2002). Assim, é necessário especial atenção da equipe interprofissional que acompanha o indivíduo nessas condições clínicas, para promover a educação em saúde e adesão ao autocuidado, evitando possíveis complicações com o paciente e com a FAV.

Frente a necessidade de manter a preservação do acesso de hemodiálise para manutenção das funções renais em pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, justifica-se a realização do presente estudo que objetivou relatar a experiência de discentes da graduação em enfermagem nos cuidados de Enfermagem com a fístula arteriovenosa em pessoas idosas que realizam a hemodiálise.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante a participação de discentes do quinto período do curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública no Nordeste do Brasil. O projeto de extensão intitulado "vivenciado o cuidado de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise", foi selecionado e aprovado em edital de extensão promovido pela instituição.

O local escolhido para o projeto foi uma unidade de diálise conveniada ao Sistema único de Saúde, que disponibiliza o tratamento por hemodiálise a 300 pacientes renais crônicos numa capital do nordeste brasileiro. Na qual são disponibilizados três turnos diários de tratamento de segunda a sábado.

O projeto de extensão foi desenvolvido no primeiro semestre de 2022 e os discentes selecionados para o projeto, participaram de inicialmente de uma reunião com a equipe organizadora para apresentação dos objetivos e cronograma de atividades, seguido de seis reuniões científicas para maior aproximação dos discentes com a temática da doença renal crônica. Os temas das reuniões científicas foram: A doença renal crônica e a terapia hemodialítica; O paciente renal crônico e a diálise peritoneal; Cuidados com as vias de acesso para hemodiálise; Principais intercorrências durante o tratamento hemodialítico; Acompanhamento ambulatorial de pacientes renais crônicos em tratamento conservador; Atuação da equipe multiprofissional no cuidado ao paciente renal crônico.

A primeira atividade prática consistiu de uma visita técnica para reconhecimento da unidade de diálise, quanto aos espaços físicos e setores necessários ao funcionamento da clínica, apresentação dos requisitos para ingresso em diálise e fluxo do paciente, processo de

trabalho dos enfermeiros, recursos tecnológicos e insumos específicos para a realização e hemodiálise.

Para a participação nos plantões do projeto os discentes foram inicialmente distribuídos em grupos de três membros, posteriormente foram alocados nas salas de hemodiálise, cada discente cumpriu a carga horária de quarenta horas de atividades práticas. Nos plantões os discentes acompanhavam o enfermeiro assistencial na punção da FAV, instalação dos pacientes em uso de cateter venoso de duplo lúmen e punções em pacientes com enxerto.

O projeto foi aprovado pela Pró-reitora de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PROEX/UFRN), e recebeu a anuência da instituição enquanto parceira na realização do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente renal crônico em terapia hemodialítica necessita de um acesso vascular de qualidade para garantir a continuidade e efetividade da terapia renal substitutiva, as principais vias de acesso descritas na literatura são o Cateter venoso de duplo lúmen, enxerto e FAV. Consoante a isso, a Fístula Arteriovenosa demanda do profissional enfermeiro habilidades teórico-práticas para a avaliação de possíveis complicações que comprometem seu funcionamento adequado, bem como a manipulação correta desse tipo de acesso vascular garantindo uma maior sobrevivência do acesso e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida e bem-estar do paciente (SILVA; TORRES; LIMA, 2020).

No que se refere aos cuidados de enfermagem com a fístula arteriovenosa, visando apresentá-los de forma mais completa e compreensível, optou-se pela elaboração de três categorias: Cuidados de Enfermagem antes de iniciar o tratamento; Cuidados de Enfermagem durante o tratamento; Cuidados de enfermagem após o tratamento.

Com relação aos cuidados de enfermagem antes de iniciar o tratamento visando garantir a preservação da FAV, as informações pertinentes aos cuidados gerais e a avaliação da FAV estão contidas no quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos cuidados de enfermagem para a preservar a FAV em pacientes renais crônicos idosos, antes de iniciar o tratamento. Natal/RN, 2022.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO		
CUIDADOS	DESCRIÇÃO	
Cuidados GERAIS	Avaliar nível de consciência;	Promover medidas de segurança em casos de confusão mental ou agitação do paciente, avaliar a possibilidade de realizar o tratamento no leito com grades elevadas, promover imobilização do membro da FAV quando necessário, evitando a desconexão acidental das agulhas e/ou linhas
	Aferir peso pré-hemodiálise;	
	Avaliar padrão respiratório;	O peso do paciente irá influenciar o volume de líquidos a ser removido durante a hemodiálise;
	Avaliar estado hídrico e presença de edema;	O padrão respiratório desconfortável, a turgência jugular, presença de edema, elevação da pressão arterial e a ausculta pulmonar de ruídos adventícios, auxiliam na identificação precoce de hipervolemia;
Avaliar níveis pressóricos;		
CUIDADOS	DESCRIÇÃO	
Avaliação da FAV	Avaliar a integridade da pele do membro da FAV;	Inspeccionar a pele e observar se há soluções de continuidade, áreas de ressecamento e descamação, presença de hematomas, edemas, hiperemia, cianose distal, pseudoaneurisma, etc.
	Avaliar funcionamento da FAV;	Orientar o paciente e familiares quanto à necessidade de retirada dos adornos do membro da FAV como relógios, pulseiras, dentre outros;
		Palpar suavemente o membro e avaliar a presença de pulso e frêmito da FAV;
	Avaliar as características da circulação e perfusão da mão do membro da FAV;	Auscultar a FAV, a fim de detectar e localizar uma estenose por meio da avaliação da continuidade ou intermitência do sopro.
		Inspeccionar coloração, temperatura da pele, presença de veias colaterais, investigar queixas do paciente como dor, dormência ou formigamento dos dedos ou da mão
	Avaliar condições de higiene do membro da FAV;	Inspeccionar a presença de sujidade na pele, integridade do leito ungueal e aspecto das unhas. Reforçar a importância de o paciente lavar o membro da FAV com água e sabão imediatamente antes do tratamento;
Avaliar a técnica de punção para escolha adequada das agulhas;	A técnica de punção de FAV com alternância de sítios de punção, requer agulhas com bisel cortante. Já a técnica buttonhole requer agulhas apropriadas para a técnica, com ponta romba. Selecionar o calibre da agulha conforme o diâmetro da veia, a maturidade e o volume de sangue prescrito.	
Avaliar os locais de punção visando fluxo sanguíneo adequado para o tratamento;	A seleção dos locais de punção e a preservação da distância mínima de 2 cm entre a punção e a anastomose são fundamentais para preservar a FAV, enquanto via de acesso permanente para a hemodiálise;	

Realizar antissepsia da pele com algodão ou gaze, embebido em álcool a 70%;

Após determinar e palpar (se necessário) o local da punção, colocar luvas de procedimento e realizar a antissepsia da pele antes de puncionar a FAV;

A redução da qualidade do funcionamento físico e cognitivo em pacientes com IRC é resultante do acúmulo de toxinas no sangue que afetam diretamente o funcionamento fisiológico adequado de diversos órgãos e funções corporais, nesse contexto, os pacientes com DRC dependem das terapias renais de substituição da função renal para sobreviver (CRUZ, 2019; KRUG *et al.*, 2020). Um estudo revela que o declínio cognitivo ocorre em diferentes intensidades que podem ser leve, moderados e graves e, ainda, suas principais complicações correspondem ao declínio do aprendizado, reconhecimento e memória (CRUZ, 2019).

Um estudo transversal, descritivo e inferencial evidenciou a presença de uma correlação negativa entre o tempo de HD e a função cognitiva, e quanto maior o tempo de permanência em HD, menor é a função cognitiva, podendo o tratamento prejudicar também as funções neurológicas (CRUZ, 2019). Consoante a isso, além do desequilíbrio, somam-se as alterações hematológicas e bioquímicas próprias da fisiopatologia, ao qual podem contribuir negativamente para o prognóstico de vida do indivíduo com IRC, além de demandar maior assistência clínica e rastreamento precoce de desordens bioquímicas e neurológicas por intermédio de componentes sanguíneos (CRUZ, 2019; KRUG *et al.*, 2020).

O agravamento destas funções corporais demandam maior atenção da equipe assistencial para o rastreamento precoce de alterações severas nos parâmetros sanguíneos e bioquímicos, tal fato quando não identificado precocemente, pode ocasionar maiores fragilidades individuais nos pacientes, com consequente maior dependência assistencial, necessidade de cuidados descentralizados de modo a considerar todas as particularidades renais e sim o sujeito como um todo, podendo desencadear sobrecarga de trabalho mediante o aumento de necessidades individuais (CORREIA *et al.*, 2021; CRUZ, 2019; KRUG *et al.*, 2020).

No que se refere ao controle de peso interdialítico, este possui papel fundamental na qualidade de vida e manutenção da FAV e do

tratamento dos indivíduos com DRC. Em consonância, sujeitos que apresentam ganho de peso elevado entre as sessões de hemodiálise tendem a apresentar intercorrências quando ainda ligados ao sistema extracorpóreo, as principais são hipotensão, hipertensão, cefaleia, mal-estar, hipoglicemia e câimbras (EVARISTO *et al.*, 2021). Além disso, tal fato justifica-se pela grande perda de volume hídrica associadas a componentes sanguíneos em um curto período de tempo (SANTOS; SOUZA; FARIA, 2020). A hipotensão e a hipoglicemia são causas comuns de paralização da FAV.

Segundo Sena, Lima, Costa (2021), a dietoterapia em pacientes com IRC constitui-se de uma tarefa complexa, devendo esta ser elaborada de modo totalmente individualizado, atendendo as necessidades nutricionais mediante o contexto socioeconômico de cada sujeito, visando minimizar primordialmente as complicações durante as sessões de HD. Destarte, outro estudo revela que o ganho de peso possui maior prevalência em indivíduos jovens com baixa renda familiar e baixa escolaridade, evidenciando, assim, a necessidade de maior controle e orientação multiprofissional no tocante à dieta para mitigar complicações em pacientes em diálise, melhorando a expectativa de vida e, conseqüentemente, proporcionando maior efetividade no tratamento destes pacientes (SILVA *et al.*, 2019; SANTOS; SOUZA; FARIA, 2020; SILVA *et al.*, 2021; PEREIRA *et al.*, 2022).

Ainda, a presença de edemas constitui o acúmulo de fluido no espaço intersticial, caracterizando-se um achado comum em pacientes portadores de IRC em unidades de hemodiálise, tal fato justifica-se pela incapacidade dos rins em regular a secreção e excreção de hormônios, absorção e reabsorção de líquidos e sais minerais, em virtude do seu quadro clínico da enfermidade (GUYTON; HALL, 2011). Portanto, ressalta-se a importância da avaliação do nível de edema, através do sinal de cacifo ou de *Godet*, essa escala pontua a classificação do edema em uma distribuição de cruces que varia de 1+ a 4++++, sendo quatro cruces a intensidade máxima e, quando a involução ultrapassar um intervalo de tempo superior a 15 segundos, é indicativo de hipoalbuminemia (COELHO, 2004; MENDONÇA *et al.*, 2021).

Uma revisão de escopo resgata evidências de que a avaliação clínica da FAV deve ser embasada prioritariamente na anamnese e exame físico, visando identificar aspectos referentes a permeabilidade

e resposta vascular do acesso, como também possíveis sinais flogísticos (CORREIA *et al.*, 2021). Consoante a isso, a equipe de enfermagem destaca-se como sendo os principais executores dessa avaliação, dessa forma, destaca-se a necessidade de atualizações do conhecimento e treinamento adequado para a equipe, objetivando uma análise mais fidedigna e o planejamento de intervenções e/ou educação em saúde direcionadas para estes pacientes (CORREIA *et al.*, 2021; MENDONÇA *et al.*, 2020).

A integridade cutânea do membro da FAV é um parâmetro importante para o bom funcionamento do acesso, a extensão da veia, sinais de infecção, sinais de síndrome do roubo de fluxo e presença de hematomas são aspectos primordiais a serem levados em consideração durante a realização da ectoscopia. Por conseguinte, durante a avaliação da FAV propriamente dita, algumas características devem ser observadas, como: o pulso, palpação da profundidade e diâmetro da veia que devem possuir pequena profundidade, presença de frêmito, checagem de veias acessórias e presença de estenose justa-anastomótica (CORREIA *et al.*, 2021).

O primeiro aspecto que deve ser observado é a presença de pulso no acesso e se quando presente, possui característica normal, suave, facilmente compressível ou anormal. Em segundo lugar, no que se refere ao frêmito, espera-se que este se encontre presente e uniforme ao longo do trajeto venoso, podendo também ser encontrado ausente, ou ainda, na ocorrência de anormalidades, sendo este último sugestivo de estenose vascular. Outro ponto importante a ser discutido é a presença de frêmito abaixo do ponto ocluído pelo profissional, sendo sugestivo de veias acessórias. Por último, a presença de pulso na anastomose, frêmito diminuído, desenvolvimento insuficiente da FAV e presença de pulso fraco após o ponto de oclusão é um sinal sugestivo de estenose justa-anastomótica (CORREIA *et al.*, 2021).

No que se refere às condições de higiene do membro da FAV, estudos apontam que as medidas de autocuidado realizadas pelos portadores de IRC ainda são insuficientes para prevenção de complicações na FAV e redução na sobrevida da mesma, no entanto, cuidados como evitar peso e a verificação da pressão arterial no membro da FAV, administração de medicamentos e a coleta de sangue no membro da fístula e a realização de higiene foram os mais apontados pelos

pacientes (MENDONÇA *et al.*, 2020). Porquanto, lacunas no conhecimento destes sujeitos acerca do cuidado com a FAV destaca-se a necessidade de uma maior atuação dos profissionais de enfermagem na maturação e preservação da fístula durante todas as etapas que perpetuam o tratamento, além disso, tem-se a necessidade de educação permanente para instituir autonomia e melhor prognóstico de vida partindo do pressuposto dos cuidados próprios (CLEMENTINO *et al.*, 2018).

Dentre as ações educativas, sugere-se a elaboração de banners e cartilhas acessíveis aos pacientes, ou seja, de fácil entendimento para sanar dúvidas acerca do tratamento. Nessa perspectiva, o enfermeiro assume papel primordial de assistência contínua para mitigar conhecimento empírico a respeito da confecção e conservação da FAV, sendo este um grande desafio na prática da saúde (SANTANA; NOBRE, LUZ, 2019).

No momento em que se precede a punção da FAV, a antisepsia do local da punção com álcool etílico 70%, torna-se necessária, visto que, estudos evidenciam que seu uso reduz significativamente as colônias de microrganismos, garantindo maior confiabilidade e segurança no momento que antecede a punção no vaso (MISTRÃO; COLOMBO, 2020).

Quadro 2 – Descrição dos cuidados de enfermagem para a preservar a FAV em pacientes renais crônicos idosos, durante o tratamento. Natal/RN, 2022.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O TRATAMENTO		
Avaliação GERAL	Monitorar os sinais vitais	O padrão respiratório desconfortável, a turgência jugular, presença de edema, elevação da pressão arterial e a ausculta pulmonar de ruídos adventícios, auxiliam na identificação precoce de hipervolemia;
	Monitorar a glicemia capilar;	Especialmente em pacientes diabéticos, com perda de líquidos maior que três litros ou com sinais sugestivos de hipoglicemia;

Cuidados com o membro da FAV	Realizar punção da FAV;	Inserção cuidadosa das agulhas respeitando uma distância de aproximadamente 5cm entre as punções arterial e venosa; posicionar o bisel da agulha para baixo, permitindo a total canalização do acesso e para minimizar o sangramento pós- punção.
	Verificar a canalização e permeabilidade da FAV;	A avaliação do fluxo de sangue com uma seringa e solução fisiológica é um cuidado necessário na prevenção de hematomas e certificação do posicionamento adequado das agulhas;
	Fixar as agulhas adequadamente;	Em pacientes idosos a flacidez da pele eleva o risco de acidentes como a saída acidental da agulha durante a hemodiálise, devendo-se atentar para a fixação correta, com fita de boa aderência e observação das punções durante todo o procedimento; proceder à fixação com utilização da técnica Chevron, por exemplo; Orientar o paciente a identificar e informar qualquer sinal de desprendimento da fixação.
	Posicionar corretamente e inspecionar o membro puncionado;	Apoiar o membro da FAV de forma confortável para o paciente (utilizar os recursos disponíveis coxins, cobertores, ataduras, etc); Orientar o paciente quanto à necessidade de manter a visibilidade da FAV e das conexões com as linhas durante a hemodiálise.

Durante o período de hemodiálise, alguns cuidados, gerais e mais específicos, são de extrema importância para manutenção da FAV. Dentre os cuidados mais gerais, encontra-se a monitorização dos sinais vitais, relacionada a fatores como respiração desconfortável, turgência jugular e elevação da pressão arterial, juntamente a glicemia capilar, principalmente em pacientes diabéticos, com perda considerável de líquidos ou com sinais de hipoglicemia presentes. A equipe profissional deve estar atenta ao monitoramento não somente de sinais vitais, como também funcionamento adequado das máquinas de diálise, conforto do paciente, queixas e dúvidas dos pacientes, com o enfermeiro(a) sempre presente na supervisão dos auxiliares e técnicos da equipe (SANTANA; FONTENELLE; MAGALHÃES, 2013).

A sessão de hemodiálise se inicia após a punção da exitosa da FAV. Uma punção segura e bem-sucedida é fundamental para preservar a FAV e reduzir as complicações nesse acesso que intermediará o processo de hemodiálise adequado, se tornando um componente de extrema importância no tratamento dos que necessitam. A escolha do método de punção deveria ser feita sempre com base nas características da FAV do paciente, levando em consideração as vantagens e desvantagens de cada técnica, porém, nem todos os serviços de

diálise possuem corpo clínico qualificado para realizar todos os métodos (RODRIGUES, 2018).

Após a realização da punção da FAV, se faz necessário avaliar a canalização e permeabilidade da fístula. A pressão arterial é um interessante fator de análise para a manutenção da FAV. Em clínicas de hemodiálise, comumente observa-se a perda do acesso por episódios hipotensivos. Um estudo realizado com pacientes da Clínica Pró-Renal - Centro de Nefrologia, em Barbacena, Minas Gerais, obteve como um de seus resultados que a pressão arterial elevada (>140/90 mmHg) apresentou-se como fator de proteção a patência imediata da FAV e, conseqüentemente, uma menor demanda de novas intervenções por paciente, não associando-se a permeabilidade tardia (RODRIGUES; COLUGNATI; BASTOS, 2018).

Feito a avaliação da canalização e permeabilidade da FAV, se faz necessário a fixação adequada para manutenção eficaz do acesso. Além da atuação profissional que deve atentar-se para uma fixação correta, com fitas de boa aderência e monitorização das punções durante todo o procedimento, é de extrema importância para a eficácia e segurança do procedimento. Durante o tratamento, os pacientes em hemodiálise precisam realizar alguns cuidados, tais como monitorar a manipulação do acesso por palpação e percepção dos frêmitos, observar sinais de infecção, manter boa higiene, não permitir que outros profissionais administrem medicamentos pela FAV, e evitar compressões no braço de acesso, inspecionar a punção e adotar posicionamento adequado para preservação da fixação (MOREIRA; ARAÚJO; TORCHI, 2013; MENDONÇA *et al.*, 2020).

Quadro 3 – Descrição dos cuidados de enfermagem para a preservar a FAV em pacientes renais crônicos idosos, após o tratamento. Natal/RN, 2022.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS O TRATAMENTO		
Cuidados com o membro da FAV	Remover as agulhas da FAV;	As agulhas devem ser removidas cuidadosamente para evitar danos na camada íntima da FAV;
	Comprimir os locais de punção;	Em pacientes idosos a flacidez da pele aumenta a chances de sangramentos, por isso deve-se realizar compressão local e aguardar um tempo mínimo de hemostasia de 5 a 10 minutos ou até que um coágulo estável seja formado no local da punção; avaliar o tempo de hemostasia, assim como, sinais de extravasamento e hematoma.
	Realizar curativos nos locais de punção;	Os curativos com gaze devem ser pressionados suavemente, fixados com fita adesiva ou fita microporosa e removidos após seis horas; orientar o paciente para que mantenha o curativo limpo e seco; em casos de sangramento o paciente deve retornar ao serviço de hemodiálise para avaliação;
Cuidados GERAIS	Aferir peso pós-hemodiálise;	O peso ideal do paciente deverá ter sido atingido, caso contrário, avaliar a necessidade de sessão de hemodiálise extra;
	Avaliar sinais vitais;	O paciente deverá ser liberado na ausência de alterações;

Ao fim da sessão de hemodiálise, novos cuidados são adotados a fim de preservação do acesso. Iniciando pela retirada da agulha, que deve ser feita com cautela para evitar lesões internas no vaso, que podem ser facilmente causadas pelo contato com o bisel das agulhas, observando a todo momento se há sinais de extravasamento, hematomas ou sangramento exacerbado, que são indicativos de risco para pseudoaneurisma e trombose da FAV (SILVA et al., 2019).

Tendo em vista o uso comum de anticoagulantes por pacientes em tratamento para evitar trombozes e intercorrências durante as sessões, a hemostasia no local da punção se torna um processo mais demorado, sendo indicado a compressão de cinco a dez minutos com uma gaze estéril, como relatado em pesquisa realizada com pacientes em tratamento no Mato Grosso do Sul. A pressão nos locais das punções deve ser realizada imediatamente após a retirada das agulhas para evitar o sangramento e hematomas no local, que com o avançar da idade se tornam ainda mais propensos devido a fragilidade capilar e flacidez da pele, características comuns em pacientes idosos, devendo ser avaliado individualmente o tempo necessário de compressão do paciente até a contenção do sangramento pela hemostasia ou formação de coágulo sanguíneo (REINAS; NUNES; MATOS, 2012).

Com o intuito de prevenir infecções no local da punção da FAV, um estudo de validação feito no Hospital Universitário do Rio de Janeiro

elaborou como protocolo o uso de curativos com gaze, que deve ser comprimido durante aproximadamente cinco minutos, e fixado a pele com fita microporosa ou fita adesiva. É de suma importância que o aspecto do curativo seja observado, em caso de extravasamento deve ser trocado e após renovação, o paciente deve permanecer com ele por no mínimo seis horas (SILVA *et al.*, 2019).

Após a realização dos curativos deve-se avaliar o peso e sinais vitais do paciente, atentando-se durante a avaliação se houveram intercorrências durante a sessão e o estado geral do paciente. O peso pós-hemodialítico ideal ou peso seco, nem sempre é atingido, um estudo realizado em Hospital Público de Santarém no Pará mostrou que é comum os pacientes apresentem hipotensão, hipertensão e hipervolemia durante a TRS devido ao ganho excessivo de peso entre as sessões de HD, causando um somatório de líquidos a ser dialisado maior do que o suportado pelo paciente, além da perda de minerais necessários ao organismo durante o tratamento (EVARISTO *et al.*, 2021).

Por fim, todas as intercorrências precisam ser registradas em prontuário, o paciente deve ser liberado se os sinais vitais estiverem regulares e estabilizados, e a necessidade de uma HD extra tenha sido avaliada pela equipe. Em concordância com estudos analisados, o autocuidado entre as sessões de HD deve ser incentivado pela equipe de enfermagem e o paciente orientado sobre como proceder em caso de aparecimento de sinais como hematomas e rubor no local da punção, para que todas as medidas necessárias sejam tomadas em tempo hábil e o acesso não seja prejudicado (FERNANDES *et al.*, 2018; MENDONÇA *et al.*, 2020; ROCHA *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou aos discentes do projeto de extensão, conhecer os principais cuidados gerais e específicos com a fístula arteriovenosa em pessoas idosas que fazem uso da hemodiálise, enquanto terapia renal substitutiva fundamental para a manutenção da vida. Os resultados apontaram os aspectos pertinentes à avaliação da FAV e os cuidados específicos com o membro do acesso vascular antes de iniciar o tratamento, durante e após o tratamento.

Consoante a isso, foi possível identificar lacunas do conhecimento a serem preenchidas acerca da rotina de cuidados com a FAV em pacientes idosos, levando em consideração o idoso com doença renal crônica como protagonista do seu tratamento, possibilitando maior adesão ao autocuidado e maior autonomia. Outro ponto importante a ser levado em consideração é o baixo contingente de publicações para esse público alvo, tendo em vista que os idosos representam um quantitativo elevado no grupo das pessoas em HD, devendo ser levada em consideração a elevação da expectativa de vida da população.

Diante disto, é imprescindível que os profissionais de saúde e em especial o Enfermeiro nefrologista, estejam em constante atualização de conhecimentos, tanto para promover uma assistência eficaz, quanto para desenvolver ações de ensino em saúde que estimulem o autocuidado. Uma vez que, a implementação de cuidados possibilita maior preservação da FAV em pacientes idosos com DRC, estabelecendo impacto positivo na qualidade de vida destas pessoas.

REFERÊNCIAS

AL-BALAS, A. *et al.* Feasibility of Creation of an Endovascular Arteriovenous Fistula in Patients Undergoing Preoperative Vascular Mapping. **Rim 360**; v. 3, n. 2, p. 287-292. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34067/KID.0004242021>. Acesso em: 14 jun. 2022.

ALLON, M.; ROBBIN, M. L. Increasing arteriovenous fistulas in hemodialysis patients: problems and solutions. **Kidney international**, v. 62, n. 4, p. 1109–1124, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2002.kid551.x>. Acesso em: 14 jun. 2022.

BASTOS, M. G.; BREGMAN R.; KIRSZTANJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 56, n. 2, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/3n-3JvHpBFm8D97zJh6zPXbn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

COELHO, E. B. Mecanismos de formação de edemas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 37, n. 3/4, p. 189-198, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/496/495>. Acesso em: 16 jun. 2022.

CORREIA, B. R. *et al.* Avaliação clínica da maturação da fístula arteriovenosa para hemodiálise: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00232, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AR00232>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CORREIA, B. R.; RAMOS, V.P.; CARVALHO, D.M.A.; SILVA, D.L.T.O. Utilização do exame físico na avaliação da funcionalidade das fístulas arteriovenosas para hemodiálise. **R. pesq.: cuid. fundam. online**. v. 13 p. 177-184, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v13.8131>. Acesso em: 14 jun. 2022.

CRUZ, C. L. Déficit cognitivo em pacientes hemodialíticos e sua relação com as alterações nos marcadores sanguíneos. Tese (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2019. Acesso em: 15 jun. 2022.

EVARISTO, L. S. *et al.* Complicações durante a sessão de hemodiálise. **Avances en Enfermería**, V. 38, N, 3, P.316-324, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.84229>. Acesso em: 16 jun. 2022.

FERNANDES, L. P. *et al.* Necessidades de ações educativas-terapêuticas em um serviço de diálise renal no Brasil. **Enferm Nefrol**, V. 21, N. 1, P. 53-62. Disponível em: <https://enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4016/842>. Acesso em: 16 jun. 2022.

FRANCO, R.P. *et al.* Manejo da trombose aguda de fístulas arteriovenosas de pacientes em hemodiálise: relato de experiência em um centro brasileiro. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 4, p. 351-359, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0036>. Acesso em: 15 jun. 2022.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. – Tratado de Fisiologia Médica. **Editora Elsevier**. 12ª ed., 2011.

KRUG, R. R.; *et al.* Relação entre tempo de hemodiálise e declínio cognitivo em pacientes renais crônicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n.

6, p. 33040-33052, 2020. Disponível em: 10.34117/bjdv6n6-016. Acesso em: 15 jun. 2022.

MAGALHÃES, V.A.R.; SILVA, G.F.R.; BRAND JUNIOR, H.C. Fístula arteriovenosa na insuficiência renal crônica: cuidados e complicações. **Brazilian Journal of Health Review**, 3, n. 2, p. 2000-2007, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhr.v3n2-057>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MATIAS, D.M.M. *et al.* Cuidado individual domiciliar de pacientes com fístula arteriovenosa. **Rev Enf UFPE on line**, v. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244317>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MENDONÇA, A. E. O. *et al.* Autocuidado do paciente renal com a fístula arteriovenosa. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 4, p. 181-187, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3078>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MENDONÇA, A. E. O. *et al.* Aspectos relevantes para avaliar e classificar edema em pessoas idosas. **ANAIS** do VIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/77462> Acesso em: 15 jun. 2022.

MISTRÃO, N. F. B.; COLOMBO, T. E. Eficácia do uso do álcool etílico 70% na antisepsia da pele antes da coleta de sangue. **J Health Sci Inst**, n. 38, v. 1, p.21-25, 2020. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/03V38_n1_2020_p21a25.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

MOREIRA, A. G. M.; ARAÚJO, S; T; C.; TORCHI, T. S. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. **Escola Anna Nery [online]**, v. 17, n. 2 , p. 256-262, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200008>. Acesso em: 15 jun. 2022.

NERBASS, F.B; *et al.* Brazilian Dialysis Survey 2020. **Braz. J. Nephrol.** 23 Feb 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0198>. Acesso em: 14 jun. 2022.

PEREIRA, *et al.* Relação entre o ganho de peso interdialítico e estado nutricional de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Research, Society and Development**, v. 11, n.7, p. e43311730036, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30036>. Acesso em: 15 jun. 2022.

PESSOA, N. R. C. *et al.* Self-care actions for the maintenance of the arteriovenous fistula: An integrative review. **International Journal of Nursing Sciences**. Chinese Nursing Association. 2020, v. 7, n. 3, p. 369-377. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.06.007>. Acesso em: 16 jun. 2022.

RAVANI, P. *et al.* Associations between hemodialysis access type and clinical outcomes: A systematic review. **Journal of the American Society of Nephrology**, 2013, v. 24, n. 3, p. 465-473. Disponível em: <https://doi.org/10.1681/ASN.2012070643>. Acesso em: 16 jun. 2022.

REINAS, C.A.; NUNES, G.O.; MATOS, M. O auto cuidado com a fístula arteriovenosa realizado pelos doentes renais crônicos da região sul de Mato Grosso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Vol.03, Nº. 01, p.294-307, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/99/95>. Acesso em: 15 jun. 2022.

REIS, T.; *et al.* Injúria renal aguda e métodos de suporte: padronização da nomenclatura. **Brazilian Journal of Nephrology**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0284pt>. Acesso em: 14 jun. 2022.

ROCHA, G.A. *et al.* Cuidados com o acesso vascular para hemodiálise: revisão integrativa. **Revista Cuidarte**, 12(2): e2090, 2021. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2090>. Acesso em: 16 jun. 2022.

RODRIGUES, A. T.; COLUGNATI, F. A. B.; BASTOS, M. G. Avaliação de variáveis associadas à permeabilidade de fístulas arteriovenosas criadas por um nefrologista para fins de hemodiálise. *Braz. J. Nephrol.*, v. 40, n. 4, p. 326-332, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/ZkRktL3kqsP7hDLVSkzw8YB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

RODRIGUES, J. G. Punção de fístula arteriovenosa de pacientes em hemodiálise: evidências para a enfermagem. 2018. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Enfermagem, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2017-0014>. Acesso em: 16 jun. 2022.

SANTANA, N. F.; NOBRE, V. N. N.; LUZ, L. K. T. Autocuidado com fístula arteriovenosa em terapia renal substitutiva. **Revista Recien**, v. 9, n. 26, p. 60-67, 2019. Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=829ae5d1-c6ba-4a22-8d37-e30a2c465b32%40redis>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SANTOS, J. G.; SOUZA, M. S.; FARIA, M. T. D. Atuação da enfermagem frente às intercorrências nas sessões de hemodiálise. **Revista Ciência (In) Cena**, v. 1, n. 10, p. 49-60, 2020. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/cienciaincenabahia/article/viewFile/7666/pdf7666>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SENA, J. F.; LIMA, M. A.; COSTA, L. L. Complicações nutricionais em pacientes renais crônicos durante sessão de hemodiálise: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e5111101523649, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23649>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, D. C. G. *et al.* Ganho de peso interdialítico e fatores associados em pacientes em tratamento hemodialítico. **Saúde**, v. 16, p. 55333, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2021.55333>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, E. F. *et al.* Cuidado de enfermagem com a derivação arteriovenosa cirúrgica na diálise renal: estudo de validação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 6, p. e20190012, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0012>. acesso em: 15 mai. 2022.

SILVA, R. R. L. GANHO DE PESO INTERDIALÍTICO EXCESSIVO E SEUS FATORES ASSOCIADOS. Tese (Mestrado em nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Acesso em: 15 jun. 2022.

SILVA, R. S.; TORRES, S. S. B. M.; LIMA, A. G. T. Assistência de enfermagem na manutenção do acesso vascular arteriovenoso de pacientes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 44, p. e2956-e2956, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2956.2020>. Acesso em: 15 de junho de 2022

SIVIERO, P.C.L.; MACHADO, C.J.; CHERCHIGLIA, M.L. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. **Cad. saúde colet**, v. 22, n. 1, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010012>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Disponível em: <https://www.sbn.org.br/>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SOUSA, C. N. *et al.* Self-Care behavior profiles with arteriovenous fistula in hemodialysis patients. **Clinical Nursing Research**, v. 29, n. 6, p. 363-367, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1054773818787110>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SPERANZA-REID, J. *et al.* Venous needle dislodgement and access bloodline separation. **Nephrology Nursing Journal**, v. 48, n. 4, p. 347-365, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2021.48.4.347>. Acesso em: 15 mai. 2022.

YANG, M. *et al.* Self-Care Behavior of Hemodialysis Patients With Arteriovenous Fistula in China: A Multicenter, Cross-Sectional Study. **Therapeutic Apheresis and Dialysis**, v. 23, n. 2, p. 167-172, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12770>. Acesso em: 15 jun. 2022.

DESENVOLVIMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO EM IDOSOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

BELARMINO SANTOS DE SOUSA JÚNIOR

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). sousajunior@gmail.com;

SARAH GABRIELLE RAMOS DE LIMA

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Integrada CETE (FIC), Garanhuns - PE, sarahrenferm@outlook.com;

DANILO OLIVEIRA DE SOUZA

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Integrada CETE (FIC), Garanhuns - PE, odanilo731@gmail.com;

ISABELLA MEDEIROS DE OLIVEIRA MAGALHÃES

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, coautor3@email.com;

RESUMO

Objetivo: Analisar os aspectos que permeiam o desenvolvimento da lesão por pressão em instituições de longa permanência para idosos.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, no período de 2015 a 2020, com busca nas plataformas/bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed), *Biomedical Answers* (EMBASE) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi utilizada a estratégia PICO para o desenvolvimento da pergunta norteadora: "Quais aspectos permeiam o desenvolvimento da Lesão por Pressão (LPP) em idosos institucionalizados em instituições de longa permanência?". **Resultados:** Do total de 172 publicações, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 13 compuseram a amostra final. As publicações foram descritas em um quadro, e, posteriormente, categorizadas em prevalência, incidência, influência, tratamento e prevenção. **Conclusão:** A manutenção da integridade da pele torna-se essencial e deve incluir práticas de cuidado que abordem fatores comportamentais e fisiológicos dos idosos, já que estes contribuem para a prevenção e tratamento da lesão por pressão, que corresponde a um dos indicadores de qualidade da assistência e segurança do paciente.

Palavras-chave: Lesão por Pressão, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Idoso, Segurança do Paciente, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LPP) é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo devido à enorme carga que representa para os sistemas de saúde (NESS, et al., 2018, p. 13-14). Sua ocorrência é um evento ainda comum apesar da inserção de protocolos preventivos e da identificação precoce de pacientes com alto risco para o seu desenvolvimento (ALDERDEN et al., 2017, p.2-4; COSTA et al., 2016, p.22). Constitui-se como um agravo de importância epidemiológica, que acomete principalmente pacientes adultos, idosos, e/ou críticos, podendo causar importantes danos à saúde gerando sofrimento, contribuindo para o aumento do risco de complicações hospitalares, retardando a recuperação e prolongando o tempo de internação desenvolvimento (ALDERDEN et al., 2017 p.18; COSTA et al., 2016 p.1). Além disso, está relacionada a altos índices de mortalidade (DREYFUS, 2018, p.20), aumento da carga de trabalho dos profissionais e dos custos para as instituições (PADULA, DELARMENTE, 2019, p.34; WILSON et al., 2019, p.9-11).

Conforme estabelecido pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), a Lesão por Pressão (LPP) caracteriza-se por ser um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento (EDSBERG et al., 2016, p.7). O desenvolvimento da LPP é multifatorial, tendo como principais fatores predisponentes: déficit de atividade/mobilidade, comprometimento sensorial ou cognitivo, deficiência nutricional, perfusão tissular inadequada, atrito, umidade e o uso de dispositivos médicos que exercem pressão sobre a pele (VOCCI, et al., 2018 p.11; ONU, 2014, p.1).

Quase todos os países estão enfrentando os desafios do envelhecimento da população. Segundo a Organização Mundial de Saúde (TRICCO, et al., 2015, p.11), os dados projetam que nas próximas décadas a população mundial de idosos - indivíduos com 60 anos ou mais - passará dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050. Com o advento do envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, a LPP é o principal agravo enfrentado pelos idosos em nas instituições médicas (TRICCO, et al., 2015, p.11).

Nos Estados Unidos, o custo por paciente para tratar LPP adquiridas em hospitais é estimado em cerca de US\$ 10.708 podendo exceder US\$ 26,8 bilhões a nível nacional (PADULA, DELARMENTE, 2019, p.1), sendo a terceira maior carga socioeconômica depois do câncer e das doenças cardiovasculares (NGYEN, et al., 2015, p. 23-25). Na Austrália, as despesas de tratamento foram estimadas em AUD \$22.466 por paciente e no Reino Unido em £14.10812.

O Protocolo de Prevenção de LPP provê recomendações a serem aplicadas a todos os indivíduos que estejam em risco de desenvolver lesões dessa natureza em distintos ambientes de cuidados. A presença de LPP é um indicador negativo de qualidade da assistência prestada, sendo avaliada internacionalmente como um evento adverso, e representa importante desafio

para o cuidado em saúde (BERGSTROM, et al., 1992 p.12-16; CALDINI, et al., 2018, p. 54-58). É recomendado que o enfermeiro utilize de ferramentas como a escala de Braden para identificação precoce das pessoas em risco de LPP (PARANHOS, SANTOS, 1999, p. 1-10; VITORINO et al., 2012, p.22-23), o que é fundamental para uma abordagem sistemática de prevenção e cuidados apropriados.

Um cenário cada vez mais comum no Brasil é a institucionalização dos idosos devido a vários fatores, entre eles: a longevidade, fragilidade, desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas e comprometimento da autonomia (SOUZA, 2017, p.3). Além disso, a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) constitui uma alternativa para os idosos que perderam seus vínculos familiares e/ou que possuem famílias socialmente vulneráveis (ALVES, et al., 2017 p.9-11; ANVISA, 2005, p.1).

As ILPI são instituições governamentais ou não governamentais, regulamentadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005 da ANVISA, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (CROSSETTI, 2012, p.17-22).

Dentre as diversas atividades assistenciais prestadas pelas ILPI a manutenção da integridade tissular é tida como fator essencial ao cuidado, uma vez que a assistência efetiva e individualizada pode minimizar os efeitos deletérios, apressar a recuperação das LPP e reduzir as sequelas, contribuindo para o bem-estar dos pacientes. Dessa

forma, estabeleceu-se como objetivo deste estudo, analisar os aspectos que permeiam o desenvolvimento da LPP em instituições de longa permanência para idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método de rigor metodológico que permite identificar a necessidade de futuras pesquisas, revelar questões centrais da área em foco, identificar marcos conceituais ou teóricos e mostrar a produção científica sobre a questão norteadora (GANONG, 1987, p.34).

Para a realização do presente estudo foram seguidas as etapas: a) selecionar as hipóteses ou as questões para a revisão; b) estabelecer critérios para a seleção da amostra; c) apresentar as características da pesquisa primária; d) analisar os dados; e) interpretar os resultados e relatar a revisão (COOPER, 1984, p.18-20; WHITTEMORE, KNAFL, 2005, p.8; MAMÉDIO C., et al., 2007, p.65-66).

A pergunta norteadora do processo revisional foi construída por meio da estratégia PICO (P=Paciente ou problema, I=Intervenção, C=Comparação ou controle, O=Outcomes ou desfechos): "Quais aspectos permeiam o desenvolvimento de LPP em idosos institucionalizados em instituições de longa permanência?" (MAMÉDIO, et al., 2007, p.65-66).

Após a definição da questão norteadora, realizou-se a busca na literatura nas seguintes bases dados: *National Library of Medicine* (PubMed), *Biomedical Answers* (EMBASE) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2015 a 2020, localizados por intermédio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), em português e inglês (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégias de busca em inglês e português.

Estratégia de busca	
Inglês	((("Pressure Ulcer") OR (Bedsore) OR (Pressure Sore) OR (Decubitus Ulcer) AND ("Homes for the Aged") OR (Old Age Homes AND ("Nursing") OR ("Geriatric Nursing"))))
Português	((("Lesão por pressão") OR (Úlcera por pressão) OR (Úlcera de Decúbito) AND ("Instituição de Longa Permanência para Idosos") AND ("Enfermagem") AND ("Enfermagem Geriátrica")))

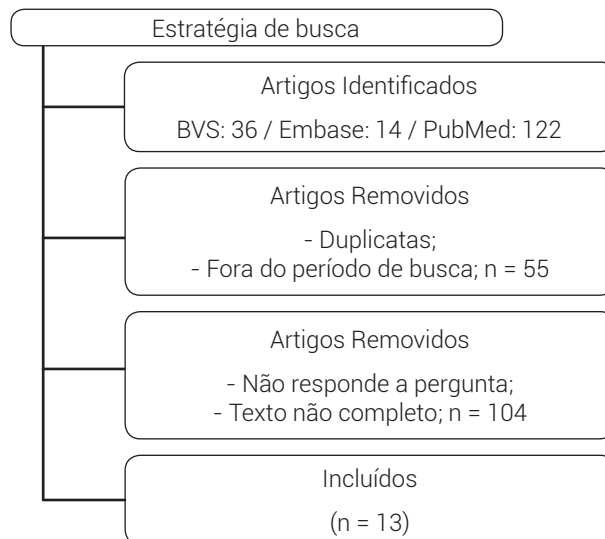
Fonte: dados da pesquisa. Garanhuns – PE, 2022.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponibilizados gratuitamente e na íntegra, em português, inglês e/ou espanhol, publicados no período de 2015 a 2020; e que abordassem a temática Lesão por Pressão em idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: duplicatas, teses e dissertações. Os artigos incluídos foram lidos na íntegra e analisados de acordo com a pergunta norteadora da revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de seleção dos artigos incluídos foi realizado a partir dos critérios: identificação das duplicatas entre as bases; leitura dos títulos e resumos e; análise dos artigos na íntegra para responder à pergunta norteadora da revisão. Apresentam-se a seguir o resultado das buscas, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.



Fonte: dados da pesquisa. Garanhuns – PE, 2022.

Após utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 publicações para síntese do conhecimento. No Quadro 2, encontra-se a caracterização, dos artigos selecionados, incluindo, as seguintes variáveis: título, ano/país, tipo de pesquisa, base de dados, objetivos e caracterização.

Quadro 2 – Estudos incluídos no estudo.

Título	Ano/ País	Tipo de pesquisa	Base de Dados	Objetivos	Caracterização
<i>Indicators of health and safety among institutionalized older adults</i>	2016 Brasil	Quantitativo Retrospectivo	BVS*	Identificar a incidência de mortalidade, doenças diarreicas, escabiose e quedas, e a prevalência de lesões por pressão para a segurança do idoso institucionalizado.	Prevalência
<i>Investigating staff knowledge of safeguarding and pressure ulcers in care homes</i>	2016 Inglaterra	Quali- Quantitativo	BVS*	Investigar se a equipe de enfermagem considera a lesão por pressão uma questão de salvaguarda; e explorar os mecanismos de notificação de lesão por pressão em lares de idosos.	Prevenção
<i>Racial and ethnic disparities in the healing of pressure ulcers present at nursing home admission</i>	2017 Estados Unidos	Qualitativo	BVS*	Avaliar as disparidades raciais e étnicas na cicatrização de lesão por pressão em lares de idosos.	Tratamento
<i>Preventive interventions for pressure ulcers in long term older people care facilities: A systematic review</i>	2018 Finlândia	Qualitativo Revisão Sistemática	PubMed**	Explorar a eficácia das intervenções destinadas à prevenção das lesões por pressão em instituições de longa permanência para idosos.	Prevenção
<i>Prevalence of key care indicators of pressure injuries, incontinence, malnutrition, and falls among older adults living in nursing homes in New Zealand</i>	2017 Nova Zelândia	Quantitativo Transversal	PubMed**	Estabelecer a prevalência de lesão por pressão em idosos institucionalizados em lares de longa permanência.	Prevalência
<i>Pressure ulcers among newly admitted nursing home residents</i>	2016 Canada	Quantitativo Retrospectivo	PubMed**	Analisar a incidência de lesão por pressão em idosos residentes em lares de longa permanência; e caracterizar o perfil dos pacientes que mais precisam de cuidados preventivos.	Incidência, influência e prevenção
<i>Local treatment of pressure ulcers in long-term care: a correlational cross-sectional study</i>	2019 Finlândia	Quantitativo Transversal	PubMed**	Analisar o tratamento das lesões por pressão em instituições de longa permanência privadas e públicas.	Prevalência, tratamento e prevenção

Título	Ano/ País	Tipo de pesquisa	Base de Dados	Objetivos	Caracterização
<i>The impact of care practices and health demographics on the prevalence of skin tears and pressure injuries in aged care</i>	2018 Austrália	Quantitativo Retrospectivo	PubMed**	Determinar se as diferenças nas práticas de cuidado e demografia entre duas instituições de cuidados de longa permanência para idosos afetaram a incidência de lesão por pressão nos residentes.	Influência, prevenção, prevalência e incidência
<i>Education and process change to improve skin health in a residential aged care facility</i>	2017 Austrália	Qualitativo Revisão de literatura	PubMed**	Fornecer uma síntese sobre tratamento e prevenção de feridas ou intervenções de educação de gerenciamento de pele para funcionários.	Tratamento e prevenção
<i>Dry skin and pressure ulcer risk: A multi-center cross-sectional prevalence study in German hospitals and nursing homes</i>	2017 Alemanha	Quantitativo Transversal	PubMed**	Investigar possíveis associações entre pele seca e lesões por pressão em trinta lares de idosos em treze hospitais.	Prevalência, influência e prevenção
<i>Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multi-center prevalence an</i>	2017 Alemanha	Quantitativo Transversal	PubMed**	Investigar possíveis associações entre variáveis de saúde, funcionais e cutâneas em idosos residentes em longa permanência.	Prevalência e influência
<i>Contextual Facilitators of and Barriers to Nursing Home Pressure Ulcer Prevention</i>	2016 Estados Unidos	Qualitativo	PubMed**	Apresentar os resultados de um estudo de fatores institucionais relacionados à prevenção de lesões por pressão em lares de idosos.	Prevenção
<i>The direct cost of pressure injuries in an Australian residential aged care setting</i>	2018 Austrália	Quantitativo Prospectivo	PubMed**	Quantificar o custo do tratamento de lesões por pressão no ambiente de cuidados residenciais australianos para idosos.	Tratamento

*BVS - Biblioteca Virtual em Saúde; **PubMed - *National Library of Medicine*

Após a leitura dos estudos, estes foram categorizados nas seguintes categorias: incidência; prevalência; influência no cotidiano; prevenção; e tratamento.

De acordo com a caracterização das 13 publicações, 7 (53,8%) relacionaram-se a categoria "prevenção", 2 (15,4%) a categoria "incidência", 5 (38,5%) a categoria "prevalência", 4 (30,8%) "influência" e 4 (30,8%) da categoria "tratamento".

Referente ao ano de publicação, a maior parte dos artigos se deu em 2017 com cinco (38,5%) publicações, seguido de quatro (30,8%) publicações em 2016, três (23,1%) em 2018 e uma (7,7%) em 2019. Sendo que, a temática de prevalência de LPP em ILPI se sobressaiu em 2017 e a temática de medidas de prevenção se fez mais frequente em 2018 e 2019, atentando para formas de prevenção mais eficazes.

Incidência e prevalência

A identificação da incidência e prevalência de LPP é um importante indicador para a avaliação dos cuidados de enfermagem. Em uma ILPI em Fortaleza, a taxa de prevalência de LPP, entre os anos de 2012 a 2015, se manteve em torno de 3% quando comparada a ILPI da Nova Zelândia, em que 8,0% dos idosos institucionalizados apresentaram LPP. Dentre as faixas etária dos idosos, aqueles acima de 75 anos eram mais propensos (19,6%) a desenvolverem a lesão. Um quarto dos idosos com LPP relataram dor, e o grau dessa dor foi moderada (5,3/10). Quase 80% dos residentes foram identificados como tendo algum risco de LPP, sendo 20% de alto risco, o que pode explicar sua prevalência elevada (DOUPE, et al., 2016, p.18).

Houveram, também, disparidades significativas da taxa de prevalência de LPP conforme a cor da pele dos idosos institucionalizados. Observou-se uma prevalência mais alta de LPP entre negros do que entre brancos (diferença de 1% a 4%) em ILPI nos Estados Unidos. Junto a isso, a porcentagem de cicatrização de LPP em idosos institucionalizados negros (37%), até 90 dias após admissão na ILPI, foi menor do que o esperado se eles fossem brancos (40%) (MÄKI-TURJA-ROSTEDT, et al., 2019, p.12-17).

Em dois estudos realizado nas ILPI da Alemanha, notou-se que a prevalência de LPP foi significativamente maior no grupo de "pele

seca". Essa associação se aplica à região sacral, trocantérica, dos calcâneos e tornozelos, sendo que nos pés a probabilidade de se ter uma LPP quando há ressecamento da pele é quase duas vezes maior. Esse aumento de prevalência pode estar relacionado a propriedades específicas da pele e dos tecidos, uma vez que a pele ressecada possui barreira cutânea protetora prejudicada e redução das propriedades elásticas. Junto a isso, a atrofia e a flacidez quando associadas ao envelhecimento também aumentam a suscetibilidade da pele a infecções ou agravos, como a LPP, mantendo sua prevalência alta (8,5%), quando comparada com estudos publicados anteriormente (HAHNEL, et al., 2017, p.43-44; HARTMANN, et al., 2016, p.66-68).

A taxa de incidência pode se mostrar aumentada devido a fatores como, recursos humanos reduzidos para a assistência de idosos de alta dependência; ambiente precário; nutrição e hidratação inadequados; dificuldade para a introdução de protocolos e escalas de classificação e tratamento das lesões; falta conhecimento e treinamento dos profissionais, dentre outros. Além disso, idosos com LPP apresentam maior catabolismo, o que leva à desnutrição e a maiores riscos do desenvolvimento de infecção, contribuindo para altas taxas de mortalidade (OUSEY, et al., 2016, p.22).

Junto a isso, um estudo realizado no Canadá apontou que a transferência direta do paciente do hospital para a ILPI tem relação com a incidência da LPP, uma vez que 7,1% da coorte (n=397) desenvolveu LPP após admissão na ILPI, das quais 53,7% foram classificadas como estágio 2 ou superior (STOLT, et al., 2019, p.45-47).

Influência

Estudos realizados nas ILPI da Austrália e do Canadá, mostraram que além de serem fatores de risco para o desenvolvimento de LPP, a hipertensão, o risco cardiovascular e o comprometimento cognitivo, bastante frequentes em idosos institucionalizados, possuem impacto negativo na cicatrização de feridas e contribuem para o desenvolvimento de novas lesões (STOLT, et al., 2019, p.6; PRICE, et al., 2017, p.1). Assim, os idosos ficam mais restritos ao leito, suscetíveis a infecções secundárias e necessitando de maiores cuidados, uma vez que, por serem dolorosas, as LPP restringem as atividades diárias gerando maior dependência (HARTMANN, et al., 2016 p.29-30).

Uma alternativa de adaptação dessa realidade foi a campanha de segurança nos quartos dos idosos, para que acionem em casos de urgência, atentando-se aos idosos com comprometimento cognitivo que podem não compreender sua funcionalidade (PRICE, et al., 2017, p.32). Junto a isso, a rotina de hidratação da pele mostrou-se como influência positiva na nova rotina dos idosos institucionalizados com LPP, uma vez que após seu desenvolvimento, a pele se encontra sensibilizada, necessitando de cuidados frequentes (HARTMANN, et al., 2016, p.36).

Prevenção e tratamento

Para redução da prevalência de LPP idosos institucionalizados em ILPI, medidas de prevenção como, a presença de superfícies de apoio, colchões, coberturas e almofadas; reposicionamento no leito, inclinação de 30°; suporte informatizado na tomada de decisão baseado em algoritmos e fatores fisiológicos; estado nutricional, incontinência e história recente de LPP; pacotes ou programas de treinamento relacionados ao tema; e equipes de suporte de tratamento de feridas são frequentemente citadas, sendo que, estudo Finlandês relata que tais medidas foram significativamente eficazes na redução da incidência ou prevalência LPP (CARRYER, et al., 2017, p.42).

Com relação ao uso das tecnologias, seis ações podem proporcionar melhorias do cuidado prestado pela equipe e a redução da incidência e/ou prevalência da LPP, além de identificarem potenciais facilitadores e barreiras para o sucesso de sua prevenção. Tais ações são: maneira de executar o trabalho; priorização organizacional; cultura de melhoria; clareza de funções e responsabilidades; comunicação; e prática clínica, sendo inter-relacionados e sobrepostos (WILSON, et al., 2019, p.51-55).

Em estudo realizado na Finlândia com foco no tratamento das lesões, as coberturas mais usadas foram: Curativos de espuma, hidrogel, hidrofibra, hidrocoloide, filme plástico e compressão de solução salina úmida com gaze. Os produtos locais e curativos primários devem ser utilizados conforme avaliação da característica de cada lesão. Portanto, o tratamento da LPP apresentou-se como sendo inconsistente e, geralmente, conduzido com métodos e produtos variados (BRIMELOW, WOLLIN, 2018, p.19-22).

O que pode delimitar o cuidado prestado é a falta de registro e informações detalhadas sobre a integridade da pele dos pacientes e o estágio da LPP, pois muitas vezes, estes não são claramente definidos e detalhados em prontuário. Para solucionar tal fato, em ILPI do Reino Unido, os funcionários foram orientados para que todas as lesões ou possíveis alterações tissulares fossem avaliadas e documentadas, considerando a importância de que seja relatado em tempo hábil para sua prevenção (BLISS, et al., 2017, p.4-7).

Enfermeiras deste mesmo estudo, relataram que prevenção e tratamento de LPP foram temas abordados durante sua formação acadêmica, mas nenhum curso de atualização havia sido realizado nas ILPI. Funcionários não registrados relataram que haviam recebido uma introdução ao tratamento de LPP apenas, o que evidencia a necessidade e a importância de se realizar atividades de educação continuada com todos os funcionários (BLISS, et al., 2017 p.4-7).

Quanto ao custo do tratamento, um estudo australiano apontou contradições a tendência de maior custo do tratamento por estágio da LPP, onde sugere-se que o aumento da gravidade da LPP está associado ao maior custo. Os produtos utilizados no estágio 3 eram menos caros do que os utilizados no estágio 2, o que pode ser explicado pela maior duração das lesões e, potencialmente, pelo uso de produtos mais baratos à medida em que se tornavam mais crônicas (SANTOS, et al., 2020, p,71-74).

Dessa forma, a implementação de medidas preventivas e o tratamento da LPP dependem não apenas dos recursos humanos e materiais, mas também do conhecimento de cada profissional, além da educação continuada e fatores organizacionais da instituição (SANTOS, et al., 2020, p.9; VOCCI, et al, 2020, p.45-48).

As limitações da pesquisa relacionam-se à restrição das buscas nos idiomas inglês, português e espanhol, e ao fato de terem sido excluídos artigos não disponíveis na íntegra, gratuitamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram inclusos na revisão 13 artigos que corroboraram para a identificação de aspectos relacionados a prevalência, extensão, fatores associados e as consequências da LPP na qualidade de vida dos idosos

institucionalizados. Conclui-se que, a manutenção da integridade da pele torna-se essencial e deve incluir práticas de cuidado que abordem fatores comportamentais e fisiológicos dos idosos, já que estes contribuem para a prevenção e tratamento de LPP, que corresponde a um dos indicadores de qualidade da assistência e segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

ALDERDEN, J. *et al.* Risk factors for pressure injuries among critical care patients: a systematic review. **International journal of nursing studies**, v. 71, p. 97-114, 2017. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012.

ALVES, M. B. *et al.* Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0337.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df>. Acesso em: 25 maio 2022.

BLISS D. Z. *et al.* Racial and ethnic disparities in the healing of pressure ulcers present at nursing home admission. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 72, p. 187-194, 2017. doi: 10.1016/j.archger.2017.06.009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/seguranca-dopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 25 maio 2022.

BRIMELOW, R. E.; WOLLIN, J. A.. The impact of care practices and health demographics on the prevalence of skin tears and pressure injuries in aged care. **J Clin Nurs**, v. 27, n. 7, p. 1519-1528, 2018. doi: 10.1111/jocn.14287.

CALDINI, L. N. *et al.* Evaluation of educational technology on pressure injury based on assistance quality indicators. **Rev Rene**, n. 19, p. 38, 2018. doi: 10.15253/2175-6783.20181932695

CARRYER J. *et al.* Prevalence of key care indicators of pressure injuries, incontinence, malnutrition, and falls among older adults living in nursing homes in New Zealand. **Res Nurs Health**, v. 40, n. 6, p. 555-563, 2017. doi: 10.1002/nur.21835.

CAVALCANTE M. L. S. N. *et al.* Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 602-609, 2016. doi: 10.1590/S0080-623420160000500009.

COOPER H. M. The Integrative research review: a systematic approach. Beveely Hills: **Sage**; 1984.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10183/94920>> Acesso em: 25 maio 2022.

DA COSTA, C. R.; DA COSTA, L. M.; BOUÇÃO, D. M. N.. Braden scale: the importance of evaluation of pressure ulcer risk in patients in an intensive care unit. **Revista Recien**, v. 6, n. 17, p. 36-44, 2016. doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.17.36-44.

DOUPE, M. B. *et al.* Pressure Ulcers Among Newly Admitted Nursing Home Residents. **Med Care**, v. 54, n. 6, p. 584-591, 2016. doi: 10.1097/mlr.0000000000000522.

DREYFUS, J. *et al.* Assessment of risk factors associated with hospital-acquired pressure injuries and impact on health care utilization and cost outcomes in US hospitals. **American journal of medical quality**, v. 33, n. 4, p. 348-358, 2018. doi: 10.1177/1062860617746741.

EDSBERG, L. E. *et al.* Revised National pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: revised pressure injury staging system. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 43, n. 6, p. 585-597, 2016. doi: 10.1097/WON.0000000000000281.

EPUAP/NPIAP/PPPIA. E. H. (Ed.). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Quick reference guide, 2019.

GANONG L. H.. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987;10(1):1-11. doi: 10.1002/nur.4770100103.

HAHNEL, E. *et al.* Associations between skin barrier characteristics, skin conditions and health of aged nursing home residents: a multi-center prevalence and correlational study. **BMC Geriatr**, v. 17, n. 1, p. 263, 2017. doi: 10.1186/s12877-017-0655-5.

HARTMANN C. W. *et al.* Contextual Facilitators of and Barriers to Nursing Home Pressure Ulcer Prevention. **Adv Skin Wound Care**, v. 29, n. 5, p. 226-238, 2016. doi: 10.1097/01.asw.0000482113.18800.1c.

LECHNER, A. *et al.* Dry skin and pressure ulcer risk: A multi-center cross-sectional prevalence study in German hospitals and nursing homes. **Int J Nurs Stud**, v. 73, p. 63-69, 2017. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.011.

MÄKI-TURJA-ROSTEDT S. *et al.* Preventive interventions for pressure ulcers in long-term older people care facilities: A systematic review. **J Clin Nurs**, v. 28, n. 13-14, p. 2420-2442, 2019. doi: 10.1111/jocn.14767.

MAMÉDIO C. *et al.* The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. doi: 10.1590/S0104-11692007000300023.

NESS, S. J. *et al.* The pressures of obesity: the relationship between obesity, malnutrition and pressure injuries in hospital inpatients. **Clinical Nutrition**, v. 37, n. 5, p. 1569-1574, 2018.

NGUYEN, K. H, *et al.* Pressure injury in Australian public hospitals: a cost-of-illness study. **Aust Health Rev**, v. 39, n. 3, p. 329-336, 2015. doi: 10.1071/AH14088.

ONU. Organização das Nações Unidas. 2014. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-queenvelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>>. Acesso em: 25 maio 2022.

OUSEY K. *et al.* Investigating staff knowledge of safeguarding and pressure ulcers in care homes. **J Wound Care**, v. 25, n. 1, p. 5-6, 8-12, 2016. doi: 10.12968/jowc.2016.25.1.5. PMID: 26762492.

PADULA, W. V.; DELARMENTE, B. A.. The national cost of hospital acquired pressure injuries in the United States. **International wound journal**, v. 16, n. 3, p. 634-640, 2019. doi: 10.1111/iwj.13071.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G.. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev esc enferm USP**, v. 33, n. 1, p. 191-206, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2022.

PRICE K. *et al.* Education and process change to improve skin health in a residential aged care facility. **Int Wound J**, v. 14, n. 6, p. 1140-1147, 2017. doi: 10.1111/iwj.12772.

SANTOS, W. P. *et al.* Prevenção de lesão por pressão em idosos com imobilidade no domicílio. **Braz J of Develop**, v. 6, n. 10, p. 83237-83250, 2020.

SOUZA, N. R. *et al.* Predisposing factors for the development of pressure injury in elderly patients: an integrative review. **ESTIMA**, v. 15, n. 4, p. 229-239, 2017. doi: 10.5327/Z1806-3144201700040007.

STOLT, M. *et al.* Local treatment of pressure ulcers in long-term care: a correlational cross-sectional study. **J Wound Care**, v. 28, n. 6, p. 409-415. doi: 10.12968/jowc.2019.28.6.409.

TRICCO, A. C. *et al.* A systematic review of cost-effectiveness analyses of complex wound interventions reveals optimal treatments for specific wound types. **BMC medicine**, v. 13, n. 1, p. 1-16, 2015. doi: 10.1186/s12916-015-0326-3.

UNITED STATES. PRESSURE ULCER GUIDELINE PANEL; BERGSTROM, N. *et al.* **Pressure ulcers in adults: prediction and prevention**. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1992.

VITORINO, L. M. *et al.* Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1186-1195, 2012. doi: 10.1590/S0104-11692012000600022

VOCCI, M. C. *et al.* Pressure injury in the pediatric population: cohort study using the Braden Q scale. **Adv Skin Wound Care**, v. 31, n. 10, p. 456-461, 2018. doi: 10.1097/01.ASW.0000542529.94557.0a.

VOCCI, M. C. *et al.* Retrospective analysis of the application of the Braden Q scale in pediatric intensive care. ESTIMA. **Braz. J. Enterostomal Ther**, v. 18, p. e2820, 2020. doi.org/10.30886/estima.v18.941_IN.

WHITTEMORE R.; KNAFL K.. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WILSON, L. *et al.* The direct cost of pressure injuries in an Australian residential aged care setting. **Int Wound J**, v. 16, n. 1, p. 64-70, 2019. doi: 10.1111/iwj.12992.

WILSON, L.; KAPP, S.; SANTAMARIA, N.. The direct cost of pressure injuries in an Australian residential aged care setting. **International wound journal**, v. 16, n. 1, p. 64-70, 2019. doi: 10.1111/iwj.12992.

LESÃO POR PRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS APÓS CIRURGIA CARDIACA

MARIA EDUARDA SILVA DO NASCIMENTO

Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, mariaeduardaafr@outlook.com;

VILANI MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, vilani.nunes@ufrn.br

THAIZA TEIXEIRA XAVIER NOBRE

Fisioterapeuta. Doutoranda em Ciências da Saúde, Docente da Faculdade de Ciências da Saúde FACISA/UFRN, thaizax@hotmail.com

GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da UFRN, giselecarreiro@gmail.com

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA

Orientadora. Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Departamento de Enfermagem da UFRN, anaelzaufrn@gmail.com

RESUMO

Esse estudo teve por objetivo identificar a ocorrência de lesão por pressão em pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca. Estudo descritivo e abordagem quantitativa, realizado de março de 2020 a março de 2021 em uma unidade de terapia intensiva cardiológica de um Hospital de ensino no Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados diariamente utilizando a escala de Braden para predição de lesão por pressão. A amostra foi composta por 29 pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca, das quais 18 (62,0%) eram do sexo masculino. As idades variaram de 61 a 77 anos, com média de 67 (DP 8,2). Na primeira avaliação após cirurgia cardíaca, identificou-se que 100,0% dos idosos tinham "risco muito alto" de desenvolver LP. Dentre os quais 38,0% desenvolveram LP, com surgimento entre o segundo e o quarto dia de permanência na UTI, identificadas com maior frequência na região sacral (36,4%) e classificadas em estágio II (68,1%). A ocorrência de lesão por pressão em pessoas idosas foi um achado comum entre os participantes do estudo, revelando-se um evento adverso desafiador, pois, compromete a recuperação pós-operatória. Nesse sentido, a prevenção de lesão por pressão requer avaliação criteriosa da pele, do estado hemodinâmico e das condições clínicas, para o adequado planejamento e implementação de intervenções de enfermagem individualizadas.

Palavras-chave: Idosos, Lesão por pressão, Cuidados Críticos, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A complexidade dos cuidados no período pós-operatório de cirurgia cardíaca em unidade de cuidados críticos, requer o planejamento de intervenções de enfermagem adequadas às necessidades individuais dos pacientes e embasadas em evidências científicas que subsidiem a tomada de decisão. Assim, avaliar as condições da pele, implementar medidas preventivas e registrar detalhadamente em prontuário integram o cuidado de enfermagem sistematizado ao paciente crítico cirúrgico hospitalizado (JANSSEN; SILVA; MOURA, 2020; CAMPOS; SOUZA; WHITAKER, 2021).

Lesão por Pressão (LP) consiste no comprometimento na integridade cutânea de tecidos moles e/ou pele, resultante da intensa compressão óssea, cisalhamento constante associado a influência de objetos, ou ainda, equipamentos hospitalares, bem como fatores associados às condições de saúde (NPUAP, 2016). Ademais, a LP apresenta-se em pele íntegra ou ulcerada, constituindo um foco de infecção e desconforto, podendo advir episódios de algia no paciente comprometido, além de elevar os índices de morbimortalidade na população geriátrica, em cuidados críticos cirúrgicos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (LABEAU *et al.*, 2021; SOUSA, 2021).

Além das circunstâncias fisiológicas próprias para o estadiamento destas lesões, a idade avançada, as condições do tecido cutâneo e os aspectos referentes as condições socioambientais em que o indivíduo se encontra devem ser levados em consideração, como: a institucionalização em casas de longa permanência, idosos em cuidados domiciliares inadequados, ou ainda, internações hospitalares prolongadas (ALDERDEN *et al.*, 2018; JANSEN; SILVA; MOURA, 2020; LOPES; BATASSINI; BEGHETTO, 2021; OTTO *et al.*, 2019; SOUSA, 2021).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a prevalência destas lesões em pacientes internados em unidades hospitalares corresponde a cerca de 15%, ao passo que a incidência é de aproximadamente 7%. No Brasil, um estudo realizado com idosos no Amazonas evidenciou o desenvolvimento de 74% destas lesões em pacientes internados (BRASIL, 2014; GALVÃO, LOPES NETO, OLIVEIRA, 2016).

No Brasil, com o propósito de fomentar um cuidado mais seguro, o Ministério da Saúde (MS) instaurou o Programa Nacional de Segurança

do Paciente (PNSP) por meio da Resolução nº36, de julho de 2013, com vistas a promover ações para a segurança do paciente. Dentre as ações, encontra-se a redução do risco de quedas e de úlcera por pressão como metas a serem alcançadas, objetivando reorganizar os serviços de saúde, instituindo um cuidado de qualidade e um bom prognóstico para os usuários dos serviços (BRASIL, 2013).

Por conseguinte, evidencia-se que é de responsabilidade da equipe de enfermagem o rastreamento e identificação dos fatores de risco em pacientes propensos à LPP. Assim, a prevenção de lesão é um indicador da qualidade da assistência em saúde, com consequente redução de danos e sofrimento desnecessário, além da redução de custos adicionais advindos do tratamento e do maior tempo de hospitalização (CAMPOS; SOUZA; WHITAKER, 2021).

Mediante a necessidade de conhecer os principais fatores associados a lesão por pressão em pacientes críticos, acredita-se que o presente estudo possibilite a identificação dos principais agravos e reconhecimento de novos componentes científicos que mitiguem lacunas do conhecimento presentes na literatura vigente. Diante do exposto, a presente pesquisa norteou-se pela seguinte questão norteadora: Qual os principais fatores associados à lesão por pressão em pacientes críticos em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca?

Nessa perspectiva, justifica-se a realização do presente estudo que teve por objetivo determinar a prevalência e identificar os principais fatores associados de lesão por pressão em idosos submetidos à cirurgia cardíaca¹.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e abordagem quantitativa, realizado em uma unidade de terapia intensiva cardiológica de um hospital de ensino no Nordeste do Brasil. Foram considerados elegíveis para a população do estudo pacientes com 60 anos de idade ou mais que realizaram cirurgias cardíacas no período de março de 2020 a março

1 Artigo extraído do Projeto de Pesquisa intitulado "DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA", vinculado a Pró-reitoria de Pesquisa (PROPESC/UFRN).

de 2021, admitidos na UTI em pós-operatório imediato, de ambos os sexos. Foram excluídos pacientes que tiveram permanência inferior a 24 horas na UTI, por quaisquer motivos.

Assim de um universo de 60 pacientes, a amostra foi composta por 29 pessoas idosas que realizaram cirurgia cardíaca no período estudado e que admitidas e tiveram uma permanência na UTI igual ou maior que 24 horas.

Os dados foram coletados por três discentes do curso de Graduação em Enfermagem após treinamento para fidedignidade dos dados. A coleta foi diária de segunda a domingo, utilizando a escala de Braden para predição do risco de LP.

As variáveis de caracterização coletadas foram sexo e idade e a predição de risco de LP foi considerada a partir dos escores da escala de Braden. Para classificar os resultados obtidos por meio da aplicação da escala de Braden no período pós-operatório foi adotada a seguinte pontuação: "risco muito alto" (paciente com escore igual ou menor que nove), "risco alto" (paciente com escore igual ou entre 10 e 12), "risco moderado" (paciente com escore 13 ou 14), "baixo risco" (paciente com escores 15 a 18), e sem risco (19 a 23).

Para determinar o estágio das LP, foi utilizada a classificação em estágios da NPUAP (NPUAP, 2016). Segundo a qual, o Estágio 1 refere-se a pele íntegra com eritema que não embranquece; os Estágios 2 e 3 concernem a perda parcial da pele com exposição da derme e perda da pele em sua espessura total, respectivamente. Por último, o Estágio 4 é compreendido como perda total da espessura da pele e perda tissular (NPUAP, 2016). Os dados foram digitalizados em planilhas do programa Microsoft Excel XP e importadas para o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Para elaboração das discussões, precedeu-se também a busca de artigos nas bases de dados científicas teve início com consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)* da *National Library* para a fundamentação de descritores nacionais e Internacionais nelas indexados. Portanto, foram utilizados os descritores Lesão por Pressão/*Pressure Ulcer*, Idosos/*Aged*, Cuidados Críticos/*Critical Care* e Enfermagem/*Nursing*.

Para fundamentação teórica dessa pesquisa realizou-se o levantamento de artigos científicos em periódicos adequados à temática a

partir do acesso a Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Literatura Latino Americana em Ciências da saúde (Lilacs); ELSEVIER Scopus, Wiley Online Library e Pubmed Central. As buscas ocorreram em abril de 2022 e foram incluídos artigos científicos disponíveis em texto completo, dissertações, teses e portarias ministeriais, sem restrição de idioma entre os anos de 2018 a abril de 2022.

Os acessos as plataformas eletrônicas se deram por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), na qual consta o Portal de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com a viabilidade de acesso institucional.

Os dados foram digitalizados em planilha do programa Microsoft Excel XP, analisados por meio da estatística descritiva e apresentados em números absolutos e relativos. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, sob parecer n. 2.514.938.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 29 pacientes idosos submetidos a cirurgia cardíaca, que compuseram a amostra do estudo, dos quais 18 (62,0 %) eram do sexo masculino. As idades variaram de 61 a 77 anos, com média de 67 (DP 8,2). O risco de LPP foi avaliado por meio da escala de Braden diariamente e identificou-se que no primeiro dia, que todos os participantes do estudo foram classificados com o “risco muito alto” de desenvolver LP.

As avaliações diárias permitiram identificar a ocorrência de LP em 11 (38,0 %) pacientes, com surgimento entre o segundo e o quarto dia de permanência na UTI. As lesões identificadas foram classificadas com maior frequência no estágio II (68,1%) e a região sacral foi a mais acometida (36,4%).

A Lesão por Pressão é compreendida como um evento evitável a indivíduos hospitalizados na média e alta complexidade, sendo considerado prioritário o rastreamento e identificação de indivíduos propensos à ruptura da integridade da pele. Todavia, apesar dos cuidados e recomendações, a incidência desses eventos possui caráter multicausal, justificando-se primordialmente pelo tempo de internação prolongado e imobilidade em indivíduos que demandam cuidados intensivos em

leitos de UTI (ALDERDEN *et al.*, 2021; OTTO *et al.*, 2019; JANSSEN *et al.*, 2020).

LP constitui um foco de infecção responsável por causar o aumento significativo nos índices de morbimortalidade, sua ausência representa um marco positivo de boa qualidade assistencial na avaliação do serviço de saúde. Por conseguinte, a baixa incidência deste agravo resulta na diminuição de custos relacionados a assistência em saúde, institui um melhor prognóstico e reduz sofrimentos desnecessários nos pacientes internados (CAMPOS; SOUZA; WHITAKER, 2021; LABEAU *et al.*, 2020).

Indivíduos na faixa etária dos 60 anos possuem maior probabilidade para ruptura do tecido cutâneo, sendo a pressão exercida sobre a pele o principal agente causador, levando em consideração o período de internação e a chance de desenvolver o agravo como grandezas proporcionais. Outrossim, a diminuição do turgor cutâneo, elasticidade e atrofia muscular decorrente do envelhecimento favorecem o surgimento do trauma tissular (PACHÁ *et al.*, 2018; LOPES *et al.*, 2021).

O processo de envelhecimento populacional consiste em um fenômeno de ocorrência universal nos países em desenvolvimento, é resultante do declínio na taxa de fecundidade associada à redução do grupo de crianças nas populações e decréscimos nos parâmetros de mortalidade. Desse modo, essa dinâmica resulta no aumento exponencial da qualidade de vida da população e, conseqüentemente, elevação da população idosa nos diversos setores, inclusive nos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Em síntese, o conjunto de Síndromes geriátricas consistem em desregulações endócrinas, alterações de elementos imunológicos, diminuição de massa e funcionamento muscular que podem interferir nas atividades de vida diária. Ademais, estas modificações resultam do processo de envelhecimento, ocasionam declínios funcionais em órgãos e/ou sistemas, além de quadros de vulnerabilidade na pessoa idosa (BONORA *et al.*, 2021; MACHADO, 2021; SIQUEIRA *et al.*, 2021).

Corroborando a isso, indivíduos diagnosticados com essa síndrome comumente apresentam comorbidades crônicas do aparelho cardiovascular, pneumopatias, quadros depressivos e fraturas ósseas, esta última normalmente encontrasse-se associada à sarcopenia e declínio da ação dos osteoblastos na matriz óssea (BONORA *et al.*,

2021; FERRAREZ *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2019). Ainda, quadros clínicos de idosos em cuidados críticos que sinalizem mobilidade física prejudicada, risco e/ou diagnóstico confirmado de anemia, incontinência ou processos infecciosos do trato urinário predispõem a ocorrência de LP, além de contribuir para o risco de sepse e óbito durante o período intra-hospitalar (ALCANTARA *et al.*, 2020; GIRONDI *et al.*, 2021).

Pontua-se ainda o estado nutricional, a hidratação da pele, instabilidade hemodinâmica, tipo e tempo de procedimento cirúrgico, medicação de uso contínuo, drogas vasoativas, altas concentrações séricas de creatinina e lactato, queda nos níveis de hemoglobina, baixa saturação de oxigênio, bem como indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos com permanência em leitos de UTI, dentre os fatores específicos que favorecem trauma tissular (OTTO *et al.*, 2019; JANSSEN *et al.*, 2020; ALDERDEN *et al.*, 2018).

Em relação ao exposto, outros agravos que contribuem para o comprometimento cutâneo vinculam-se a polifarmácia, subnutrição e/ou ingestão alimentar abaixo das necessidades recomendadas e diagnóstico pré-estabelecido de comorbidades de caráter crônico não transmissíveis, como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e neuropatias. Frente a isso, uma vez identificadas as principais causas que influenciam a ocorrência de LP, a enfermagem é responsável por atender as necessidades humanas básicas, devendo atenuar os fatores multicausais, promovendo uma maior segurança do paciente e tornando-o protagonista da assistência prestada (CONSTANTIN *et al.*, 2018; SOUSA, 2021).

De acordo com os resultados do presente estudo, as lesões identificadas foram classificadas com maior frequência no estágio II, sendo a região sacral a mais acometida. Coerentemente, outro estudo afirma que a região supracitada implica (42,2%) no desenvolvimento de lesão em relação às demais áreas corporais e, isso justifica-se pela incapacidade profissional de identificar o eritema que não embranquece, assim como a comunicação prejudicada entre os demais membros da equipe (LOPES *et al.*, 2021; PACHÁ *et al.*, 2018).

De acordo com um estudo retrospectivo realizado com 259 pacientes com LP de grau 1, cerca de 85% (n=222) correspondiam à indivíduos brancos, levantando a hipótese de subnotificação de LP em pessoas de pele negra, justificada pela carência do conhecimento

necessário para reconhecimento do eritema, levando à subnotificação de casos. Por isso, é de total importância o reforço na implementação de medidas profiláticas e educação continuada na assistência em saúde (ALDERDEN *et al.*, 2018; PACHÁ *et al.*, 2018).

Quanto ao balanço hídrico, sabe-se que quando positivo no paciente grave, é um fator predisponente para o desenvolvimento de lesões pelo acúmulo de líquido intersticial, ocasionando edema. Além disso, reflete complicações críticas envolvendo demais sistemas e funções fisiológicas, estando diretamente relacionado aos índices de mortalidade na terapia intensiva (OTTO *et al.*, 2019). No que se refere às características clínicas apresentadas pelo tecido cutâneo, destacam-se pele lisa, fina ou delicada; Edema discreto e intenso; pele áspera, turgor e elasticidade diminuídos (CONSTANTIN *et al.*, 2018).

Outro ponto importante a ser discutido é o estado nutricional do indivíduo hospitalizado, que deve ser levado em consideração no período pós-operatório de cirurgias e principalmente naqueles em tratamentos intensivos. De acordo com Lopes *et al.*, (2021) o jejum prolongado no período pós-operatório degrada significativamente o estado nutricional de indivíduos previamente comprometidos, ampliando a internação hospitalar e favorecendo o acometimento de LP (LOPES *et al.*, 2021).

Com base no estudo realizado em uma UTI, tornou-se evidente que o comprometimento tissular em idosos institucionalizados foi o mais frequente, apresentando sinais sugestivos de lesões em torno do quarto dia de internação hospitalar (BEREDED; SALIH; ABEBE, 2018; LOPES; BATASSINI; BEGHETTO, 2021). Isto posto, a literatura aponta áreas corporais mais frequentes no tocante ao acometimento de LP destacando-se as regiões sacral, occipital e calcânea (OTTO *et al.*, 2019; SANTOS, 2020).

Estudos referem o gênero masculino como o maior frequente no desenvolvimento de LP dentre os pacientes internados em unidades hospitalares, corroborando com os resultados apresentados no presente estudo. Esse achado pode vincular-se a baixa procura deste grupo aos serviços de baixa e média complexidade para diagnósticos e/ou tratamento de doenças crônicas (OTTO *et al.*, 2019; SANCHES *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, o cronograma de reposicionamento do paciente ao leito realizado pela enfermagem diminui a exposição à pressão da

pele sobre a saliência óssea e, conseqüentemente, queda no risco de incidência de LP. Em contrapartida, apesar de protocolos profiláticos já estarem em vigor nas instituições de saúde públicas e privadas, limitações operacionais como quadro de enfermagem insuficiente e falta de enfermeiros especialistas em lesões interferem diretamente na qualidade da assistência prestada (YAP *et al.*, 2018; TEO *et al.*, 2018).

O enfermeiro possui papel primordial na avaliação de possíveis alterações que comprometam a continuidade do tecido cutâneo, tendo em vista que a população com idade avançada possui pele frágil, mobilidade física diminuída, ou ainda, presença de declínio cognitivo. Diante disso, a inspeção clínica diária e a documentação de possíveis mudanças ganham destaque para o planejamento de intervenções adequadas e, ainda, reavaliações para a construção de um plano de cuidados embasado cientificamente, almejando atender às necessidades individuais dos pacientes (GIRONDI *et al.*, 2020).

A Escala de Braden constitui o instrumento de primeira escolha utilizado por profissionais, é amplamente empregada em pacientes críticos em UTI para a predição de risco de LP. Em contrapartida, apesar da vasta aplicabilidade, a referida ferramenta não aborda as especificidades dos idosos em cuidados críticos, destacando a necessidade de um material mais robustas que aborde as particularidades clínicas em indivíduos que demandam cuidados intensivos continuados (ZIMMERMANN *et al.*, 2018).

De acordo com Zimmermann *et al.* (2018), a escala de avaliação de risco deve atender as necessidades de forma prática, conter características específicas que atenda a alta complexidade e ser de rápida análise na prática clínica assistencial, visando instituir a aproximação dos profissionais com o instrumento e a adoção de novas condutas. Em consonância, as escalas específicas aplicadas norteiam para uma boa capacidade indicativa de possíveis traumas tissulares, nesse contexto, as principais elencadas na literatura foram os instrumentos de Cubbin-Jackson, Sunderland, EVARUCI, Sond & Choi, Suriadi & Sanada e *Multi-pad pressure evaluator*. No entanto, ressalta-se a importância de novos estudos com amostras populacionais maiores, para assim compreender o emprego dos referidos instrumentos mediante a complexidade do quadro clínico de cada paciente e a terapêutica proposta pela equipe interdisciplinar (SANTOS, 2020; ZIMMERMANN *et al.*, 2018).

No contexto da crise sanitária ocasionada pelo novo Coronavírus, os fatores fisiológicos individuais e complicações do vírus emergente contribuem para o comprometimento cutâneo, logo, evidenciam maior propensão à formação de trombos e ocorrência de hipóxia no espaço intravascular, interferindo diretamente na qualidade da perfusão tecidual em regiões corporais do paciente crítico, aumentando de forma exponencial a incidência de LP e morbimortalidade da pessoa idosa (GIRONDI *et al.*, 2020).

Por conseguinte, aspectos específicos devem ser levados em consideração para verificar a ocorrência do evento indesejado, como: o uso, tipo e quantidade de equipamentos em utilização; equilíbrio adequado das pressões em áreas rígidas corporais; se as variáveis que contribuem possuem caráter evitável e a presença de particularidades fisiopatológicas; conhecimento inadequado dos profissionais; edema grave; pontuação baixa na aplicação das escalas de Braden e Escala de Avaliação de coma de Glasgow (GALETTO *et al.*, 2018; GALETTO *et al.*, 2018; GIRONDI *et al.*, 2020).

Verificou-se que no momento de alta hospitalar os idosos portadores de LP não apresentavam o processo cicatricial completo, tal fato pode ser justificado pelas desregulações fisiológicas provocadas pelos fatores do envelhecimento. No que concerne a tomada de conduta, o tratamento destinado deve levar em consideração o estadiamento, características específicas de cada lesão e a adesão ou não de abordagens específicas, mas, de modo geral, aplicação de hidrogel com alginato e hidrocoloide são a farmacoterapia de via tópica de primeira escolha (JESUS *et al.*, 2020; LEITES *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2020).

De modo geral, os índices consideráveis desta complicação sugerem e necessidade de uma maior atenção e controle do poder público, voltada ao fortalecimento de protocolos assistenciais vigentes, síntese de medidas profiláticas, educação em saúde contínua e monitoramento durante o período trans e pós hospitalar, para instituir melhor qualidade e segurança do usuário (GALETTO *et al.*, 2018; OTTO *et al.*, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, Machado (2021), afirma que o surgimento de lesões provocadas pela pressão exercida sobre a pele é uma variável importante para qualificar uma instituição de saúde, estabelecer segurança e credibilidade para os usuários do serviço.

O embasamento teórico adequado dos profissionais de enfermagem é um fator primordial para mitigar a incidência de novas lesões em pacientes instáveis, tal fato pode extinguir essas complicações no âmbito da terapia intensiva, quando sua causa base assumir caráter de falha assistencial (ARAÚJO *et al.*, 2022; MACHADO, 2021). O distanciamento da literatura acadêmica com a prática clínica ainda é uma realidade nos serviços de saúde, sendo este um desafio a ser superado para instituir a garantia assistencial de qualidade (ALCANTARA *et al.*, 2020).

Consoante a isso, um estudo comparativo e transversal evidenciou que os profissionais de enfermagem quando avaliados apresentaram conhecimentos adequados, mediante a prevenção e classificação de LP no âmbito da terapia intensiva. Além disso, possibilitou a visualização da baixa incongruência entre as diferentes categorias profissionais no tocante aos conhecimentos necessários para o exercício profissional e reconhecimento dos fatores predisponentes para LP (ARAÚJO *et al.*, 2022).

Medidas profiláticas embasadas na educação continuada da equipe devem ser adotadas para possibilitar ações em saúde significativas. Destarte, destaca-se o uso de treinamentos e institucionalização de instrumentos referentes à temática das lesões cutâneas na dinâmica dos setores, visando explicar o combate e mitigar o surgimento e/ou piora do agravo (ARAÚJO *et al.*, 2022; BUFFON *et al.*, 2022). Na dinâmica dos serviços, um estudo revela que poucos profissionais referem o uso de escalas para a predição de risco na prática assistencial, em contrapartida, notou-se presença de domínio sobre medidas profiláticas, tal fato reflete a não aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na operacionalização do serviço (MACHADO, 2021).

Um estudo evidencia a baixa aceitação por pacientes e familiares no que se refere à mudança de decúbito orientada e realizada pela enfermagem, dessa forma, reflete a necessidade de reorientar pacientes e/ou familiares acerca dos riscos da não adesão do reposicionamento ao leito, possibilitando a implementação de intervenções de enfermagem, ao passo que promove maior autonomia e fortalecimento profissional (MACHADO, 2021). Corroborando a isso, uma revisão integrativa que aborda LP e lesões por fricções (LF) retrata a carência de estudos

voltados à aplicação de diagnósticos de enfermagem, resultando em novas lacunas do conhecimento, fragilidades na execução e elaboração de planos de cuidados para profilaxia, visto que a ausência de fundamentação teórica científica reflete negativamente na qualidade do cuidado fornecido (GIRONDI *et al.*, 2021).

Em contrapartida, a institucionalização de novos protocolos e atividades que objetivam à construção, ou ainda, atualização de conhecimento demandam a dedicação de enfermeiros, técnicos e auxiliares para planejamento e execução destas atividades, portanto, a ausência de suporte e/ou assistência adequada para os pacientes críticos atendidos na alta complexidade é justificada pela elevada carga de trabalho e jornadas exaustivas, comprometendo a oferta assistencial das redes de atenção (ARAÚJO *et al.*, 2022; BUFFON *et al.*, 2022).

Segundo Alcantara *et al.*, (2020), destaca-se a necessidade de institucionalização de protocolos específicos para o atendimento integral à pessoa idosa e a necessidade de novos estudos nessa faixa etária para melhor atender as demandas de saúde e as particularidades fisiopatológicas. Além disso, durante o período de internação o grande impasse atual constitui mitigar a incidência de agravos e eventos indesejados que resultem na piora do caso e/ou contribuam para o aumento no risco de mortalidade por iatrogenia assistencial. Sendo assim, destaca-se a necessidade da redução do tempo de internação, com o objetivo de almejar queda nos riscos e diminuição à exposição de agravos que resultam em complicações de saúde e novas lesões (Alcantara *et al.*, 2020).

O uso de *Checklist* como uma tecnologia educacional de fácil acesso voltada para a prevenção de LP em pacientes graves, caracteriza-se por ser um instrumento de fácil domínio que possibilita a memorização de etapas específicas primordiais para a avaliação de um paciente crítico, levando em consideração seu posicionamento ao leito. Outrossim, ressalta-se a importância do instrumental para garantir a melhora ascendente na qualidade assistencial oferecida, além de prevenir erros e mitigar negligências relacionadas a ruptura da integridade da pele que perpetuem o período em que o cliente se encontra internado (SANTOS *et al.*, 2021).

Apesar da vasta aplicabilidade da escala de Braden no âmbito intra-hospitalar para o gerenciamento de riscos à LP, a incidência deste

agravo ainda permeia o processo saúde-doença em pacientes na UTI, submetidos à cirurgia cardíaca. Face ao exposto, cabe ao enfermeiro promover ações de educação continuada no que tange ao uso de escala para predição de risco de LP na promoção da segurança do paciente, almejando detecção rápida de fatores individuais e sinais clínicos, além de acompanhamento de lesões previamente estabelecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo elencou a maior incidência de lesões por pressão em indivíduos do sexo masculino, comprometimento tecidual entre o segundo e quarto dia de internação hospitalar, maior frequência de lesões em estágio II e a região sacral sendo a mais acometida. No que se refere aos principais fatores associados, destacam-se tempo de internação prolongado, presença de edema e desnutrição, quadros anêmicos e problemas relacionados a circulação sanguínea intravascular, polifarmácia, uso de drogas vasoativas, condições da pele e desregulação nas concentrações séricas de creatinina e lactato.

A avaliação da integridade da pele e a determinação do risco de LP por meio da escala de Braden, diariamente, mostraram-se úteis na prática clínica de enfermagem, pois contribuíram para a identificação e monitoramento de lesões em pacientes críticos submetidos à cirurgia cardíaca. Por conseguinte, sugere a síntese de novos estudos com ferramentas mais específicas voltadas aos pacientes críticos, com ênfase aos idosos, sendo a ausência da LP uma característica positiva na atuação profissional e qualidade do serviço prestado.

A Lesão por Pressão depende de fatores intrínsecos e extrínsecos para a instalação do agravo no paciente crítico hospitalizado, seu acometimento acarreta danos à saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, ressalta-se o enfermeiro como membro respaldado técnico-cientificamente para atuar como instrumento propagador de estratégias educativas e profiláticas no que se refere a segurança do paciente, permeando desde a admissão até a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C. *et al.* Fatores associados ao desfecho da hospitalização de idosos submetidos a correção de fratura de fêmur. **Cogitare Enfermagem**,

V. 25, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1089624>. Acesso em: 12 mai. 2022.

ALDERDEN, J. *et al.* Hospital acquired pressure injury prediction in surgical critical care patients. **Bmc Medical Informatics And Decision Making**, v. 21, n. 1, p. 2-11, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33407439/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

ALDERDEN, J. *et al.* Outcomes Associated With Stage 1 Pressure Injuries: a retrospective cohort study. **American Journal Of Critical Care**, v. 27, n. 6, p. 471-476, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30385538/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

ARAÚJO, C. A. F. *et al.* Avaliação do conhecimento dos profissionais de Enfermagem na prevenção da lesão por pressão na terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/g56ZxXGTLfvtTh5sLMPrr6n/?lang=pt>. Acesso em: 09 mai. 2022.

NPUAP. 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.

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*, V. 11, N. 1, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6267874/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

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: 12 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Incidência de Úlcera por Pressão (UPP), 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores/incid%C3%A2ncia-de-%C3%BAlcera-por-press%C3%A3o-upp>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BONORA, A. C.; TEIXEIRA, M. L. V.; NOGUEIRA, R. L.. Síndrome da fragilidade, um olhar diferenciado para o idoso: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, p. e8474-e8474, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8474/5191>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BUFFON, M. R. *et al.* Critically ill COVID-19 patients: a sociodemographic and clinical profile and associations between variables and workload. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4ZZNyTTN5DZcjmBPqCrTX7Q/?lang=en>. Acesso em: 09 mai. 2022.

CAMPOS, M. M. Y.; SOUZA, M. F. C.; WHITAKER, I. Y.. Risco para lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Revista Cuidarte**, 2021. v. 12, n. 2, p. e1196. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1196> Acesso em: 12 mai. 2022.

CONSTANTIN, A. G. *et al.* Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos. **ESTIMA Braz J Enterostomal Ther**, v. 16, p. e1118, 2018. Disponível em: http://dx.org/10.1030886/estima.v16.454_PT Acesso em: 15 mai. 2022.

FERRAREZ, M. L. *et al.* Análise da Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19633-19646, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22247/17773>. Acesso em: 10 mai. 2022.

GALETTO, S. G.S. *et al.* Medical device-related pressure injuries in critical patients: prevalence and associated factors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Ydp4yNwpGKCqCvb7B7Bc9Tb/?lang=en#>. Acesso em: 11 mai. 2022.

GALETTO, S. G. S. *et al.* Percepção de profissionais de enfermagem sobre lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000200204. Acesso em: 11 mai. 2022.

GALVÃO, N. S.; LOPES NETO, D.; OLIVEIRA, A. P. P. Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlcera por pressão internados em uma instituição hospitalar. **ESTIMA Braz J Enterostomal Ther**, v. 13, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/106>. Acesso em: 10 mai. 2022.

GIRONDI, J. B. R. *et al.* Lesão por fricção e lesão por pressão em idosos: prática de enfermagem baseada em evidências. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 33, Nn 3, p. 96-111, 2021. Disponível em: <https://seer.furg.br/vittalle/article/view/12736/9157>. Acesso em: 12 mai. 2022.

GIRONDI, J. B. R. *et al.* Lesão por pressão em idosos nas instituições de longa permanência: atenuantes na pandemia da covid-19. **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19**, v. 2, p. 108-115, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e2-geronto2-cap17.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2022.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S.. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 6, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.

JESUS, M. A. P; PIRES, P. S.; BIONDO, C. S.. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, n. 34, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36587/23060> . Acesso em: 15 mai. 2022.

LABEAU, S. O. *et al.* Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the decubitus study. **Intensive Care Medicine**, Ghent, v. 47, n. 2, p. 160-169, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/33034686/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

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**, v. 9, n. 9, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6924/6299>. Acesso em: 15 mai. 2022.

LIMA, L. S.; ARAGÃO, A. R. O.; SANTOS, G. K. B. B.. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com lesão por pressão no contexto hospitalar. **ESTIMA Braz J Enterostomal Ther**, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/917/349>. Acesso em: 15 mai. 2022.

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**, v. 42, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QJVDGBnJztSqd3wHSzwSwNM/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MACHADO, E. A. *et al.* **Segurança do paciente em hospital de transição: conhecimentos e práticas da equipe de enfermagem na prevenção de quedas e lesão por pressão no idoso**. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, p. 147. 2021.

NASCIMENTO, N. A. *et al.* Prevenção de lesão por pressão em unidade de pronto atendimento: relato de experiência. **Educ. Ci. e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 201-216, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v8i2.425>. Acesso em: 29 mai. 2022.

OLIVEIRA, A. S.. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>. Acesso em: 12 mai. 2022.

OLIVEIRA, J. I. V. *et al.* Atuação do profissional de educação física para a prevenção e tratamento da osteoporose em idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 2, p. 809-819, 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1220/1085>. Acesso em: 11 mai. 2022.

OTTO, C. *et al.* Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. **Revista Oficial do Conselho de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 7-11, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1323/485>. Acesso em: 12 mai. 2022.

PACHÁ, H. H. P. *et al.* Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 6, p. 3027-3034, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bSnJL7MzRWKDKQqDqhc5f6t/abstract/?lang=en>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SANCHES, B. O. *et al.* Adesão da enfermagem ao protocolo de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Arch. Health Sci**, p. 27-31, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046354/artigo6.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2022.

SANTOS, A. J.. Incidência de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n 1, p. 36-41, 2020. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/37/39>. Acesso em: 15 mai. 2022.

SANTOS, V. B. *et al.* COVID-19 patients in prone position: validation of instructional materials for pressure injury prevention. **Rev Bras Enferm**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xK7Fr3Jqv5tMzBx-FLHphY7w/?lang=en>. Acesso em: 09 mai. 2022.

SIQUEIRA, B. R. *et al.* Síndrome da fragilidade do idoso: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 12, p. e9329-e9329, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9329/5719>. Acesso em: 10 mai. 2022.

SOUSA, L. A. M.. Avaliação do impacto Clínico da lesão por pressão em idosos institucionalizados no município de Botucatu. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). 2021. p. 132. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/204552> 2021. Acesso em: 15 mai. 2022.

TEO, C. S. M. *et al.* Pressure injury prevention and management practices among nurses: A realist case study. **Wiley Online Library**, p. 1-11, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328011648_Pressure_injury_prevention_and_management_practices_among_nurses_A_realist_case_study. Acesso em: 12 mai. 2022.

YAP, T. L. *et al.* TEAM-UP for quality: a cluster randomized controlled trial protocol focused on preventing pressure ulcers through repositioning frequency and precipitating factors. **Bmc Geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 3-15, 2018. **Springer Science and Business Media LLC**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463211/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

ZIMMERMANN, G. S. *et al.* Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fbLkfs9tZMpFjwgxyN6Mg5B/?format=html&lang=pt#-ModalArticles>. Acesso em: 14 mai. 2022.

PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: RETRATO DOS ENSAIOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

THALLYTA JULIANA PEREIRA DA SILVA

Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco - IFPE,
tjps@discente.ifpe.edu.br;

PEDRO CAMILO CALADO DA SILVA

Graduando do Curso de Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco - IFPE,
pccs@discente.ifpe.edu.br;

CYNTHIA ROBERTA DIAS TORRES SILVA

Doutora em Enfermagem e Docente do Curso de Enfermagem do Instituto Federal
de Pernambuco - IFPE, cynthia.torres@pesqueira.ifpe.edu.br;

KHELYANE MESQUITA DE CARVALHO

Doutora em Enfermagem e Docente do Curso de Enfermagem Técnico em
Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, khelyanemc@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: descrever os Ensaios Clínicos Randomizados sobre à enfermagem Gerontológica realizados por enfermeiros no Brasil. **Método:** estudo observacional de natureza descritiva, que ocorreu por meio do acesso ao website de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos. Durante a busca utilizou-se a palavra chave "idoso". Como critério de inclusão foram selecionados aqueles que fizessem referência à assistência de enfermagem Gerontológica. A coleta de dados aconteceu por dois pesquisadores independentes, mediante a utilização de instrumento construído, composto pelas seguintes variáveis: descritores, intervenção realizada, quantidade de participantes, quantidade de grupos foram comparados, ano do recrutamento, enfoque do estudo, fase do estudo, filiação do autor, titulação do autor e região da filiação. **Resultados:** identificou-se 111 ensaios na plataforma sobre Gerontologia, após a aplicação do critério de inclusão foram selecionados 10 registros. Dos quais 40% (n=4) foram realizados em 2020. 50% (n=5) dos ensaios foram desenvolvidos no Nordeste. O enfoque do estudo em sua maioria foi prevenção (60%/n=6). Em relação às intervenções realizadas, observou-se que 40% (n=4) dos registros eram sob a ótica da educação em saúde, no qual foram abordados os seguintes assuntos em cada registro: crença sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, Autocuidado de idosos com Diabetes, qualidade de vida e qualidade do sono. **Conclusão:** foram encontrados 10 estudos sobre a assistência de enfermagem Gerontológica realizados por enfermeiros no Brasil, das intervenções aplicadas, a maioria foram de educação em saúde. Destaca-se a importância do desenvolvimento de mais pesquisas acerca da temática, pois os estudos contribuem para mudança de paradigmas no cuidado da pessoa idosa.

Palavras-chave: Prática Clínica Baseada em Evidências, Enfermagem Geriátrica, Ensaios Clínicos Controlados Aleatórios como Assunto, Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. É estimado que o número de pessoas idosas, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e triplique até 2100. O que representa um aumento de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. É quiçá a transformação social mais significativa do século, com repercussões significativas em todos os setores da sociedade (UNRIC, 2022). Diante desses números, os governantes precisam pensar em políticas públicas que atendam de forma adequada e eficaz essa parcela numerosa da população.

Em 2002, realizou-se a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid, promovida pela Organização das Nações Unidas. Nela foi adotada uma Declaração Política e o Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento. As suas recomendações direcionam a ações que visem a qualidade do envelhecimento populacional, a promoção do bem-estar e da saúde no envelhecer e a importância da criação de redes de apoio (BRASIL, 2003). A partir desse momento, a saúde da pessoa idosa ganha destaque e vira prioridade. Ao ponto de ser imputada e pactuada pelas três esferas de governo (ROMERO; SCORTEGAGNA; DORING, 2018)

A garantia ao envelhecimento saudável é desafio para a saúde pública. Assim sendo, os profissionais de saúde devem ser capazes de atender as necessidades e demandas da pessoa idosa. Para que isso aconteça é necessário que existam capacitações para o atendimento articulado entre os profissionais de forma a assegurar atenção integral e com ênfase na promoção à saúde para garantir a prevenção de agravos e uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA, *et al.* 2021). Essas capacitações revelam a importância de pesquisas para a prática baseada em evidências (PBE).

A PBE requer habilidades específicas dos profissionais, voltadas à identificação de problemas, seja do cotidiano e/ou da pessoa atendida. Com o problema identificado, leva à busca por evidências já comprovadas cientificamente que solucionem essas questões e auxiliem na tomada de decisão mais assertiva. Esse conceito não regra a tomada de decisões em saberes empíricos (rituais, opiniões infundadas, tradições e/ou experiência clínica não sistematizada), mas focaliza a

adoção de julgamento clínico criterioso, com base em evidências relevantes, produzidas a partir de pesquisas que solucionem necessidades do usuário e sociedade (WEBER, 2019).

Para a Enfermagem a PBE se mostra um potencial de empoderamento de atuação frente a equipe multiprofissional e a população, trazendo maior credibilidade em sua atuação. Além de contribuir para melhores resultados nas intervenções em forma de assistência ao paciente atendido (PEDROSA, *et al.* 2015).

Para que a PBE seja implementada é necessária a pesquisa de alta confiabilidade e é nesse cenário que entram os Ensaios Clínicos Randomizados (ECR). Pode-se afirmar que eles são o padrão ouro para desenho experimental de estudo ou ensaio clínico. Apenas por meio de uma pesquisa-investigação do tipo ECR pode-se avaliar e revelar possíveis relações de causa e efeito entre variáveis independentes e dependentes. Devido à presença de um grupo controle, os ECR somam vantagens em relação aos outros modelos experimentais. (SHARMA; SRIVASTAV; SAMUEL, 2020).

Demonstrada a tendência de envelhecimento populacional mundial e a pactuação dos entes político-governamentais em busca de promoção do bem-estar e da saúde no envelhecer, soma-se a importância da utilização de PBE para o alcance desses objetivos de forma segura e coesa. E para que isso aconteça é necessário o desenvolvimento de ECR voltadas à área de gerontologia.

A fim de contribuir para a ciência, o presente estudo teve como objetivo descrever os Ensaios Clínicos Randomizados sobre à enfermagem Gerontológica realizados por enfermeiros no Brasil.

METODOLOGIA

Tratou-se de estudo observacional de natureza descritiva. A pesquisa ocorreu por meio do acesso ao website da plataforma ReBEC (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos), no qual consiste em acervo eletrônico do Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, em que contém estudos experimentais e não-experimentais realizados com seres humanos. Neste acervo eletrônico são registrados os ECR, que por sua vez, é de acesso livre e gratuito.

No período da coleta haviam 5542 registros na plataforma. Durante a busca utilizou-se a palavra chave “idoso” e foram encontrados 111 ECR entre os anos de 2010 a 2020 relacionados à temática. Os critérios de inclusão foram ECR realizados no Brasil, cadastrados por profissionais enfermeiros e que abordassem a temática relacionada à saúde da pessoa idosa. Foi verificada a graduação do autor responsável pelo cadastro na plataforma por meio do currículo *Lattes*. Foram excluídos estudos registrados como interrompido/cancelado. Dessa forma, após leitura do título e resumo utilizando os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 10 ECR relacionados à saúde da pessoa idosa que foram registrados por enfermeiros no Brasil.

A coleta de dados aconteceu por dois pesquisadores, independentes, mediante a utilização de instrumento construído para o presente estudo, no qual foi composto pelas seguintes variáveis: descritores, intervenção realizada, quantidade de participantes, quantidade de grupos foram comparados, situação de recrutamento, ano do recrutamento, intervalo de tempo entre as medidas, número de braços, tipo de mascaramento, enfoque do estudo, tipo de alocação, fase do estudo, filiação do autor, titulação do autor, estado e região da filiação.

Para análise dos dados, foi realizada com auxílio do software R. A partir do teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi verificada a adesão das variáveis à normalidade; feita a utilização de estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão e, a partir do teste de Qui-quadrado ocorreu a verificação da associação entre as variáveis do perfil da pesquisa com as variáveis do perfil do profissional que realizou o cadastro do estudo no ReBEC. Dessa forma, a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos não se fez necessária, pois tratou-se de pesquisa com dados secundários de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

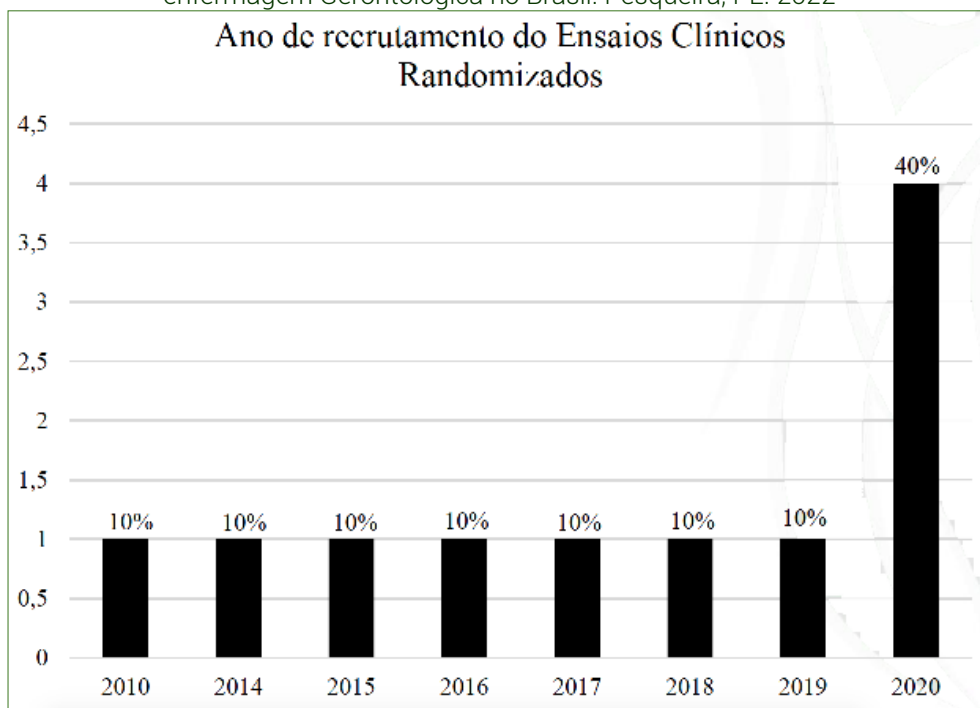
Observou-se escassez de estudos sobre a temática, visto que no período da pesquisa haviam 5542 ensaios registrados na plataforma, no qual somente 111 estavam relacionados à saúde da pessoa idosa e apenas 9% (n=10) destes, foram realizados por profissionais de enfermagem. Os poucos estudos realizados por profissionais de enfermagem na área da gerontologia apresentam preocupação dos pesquisadores

que desenvolveram as pesquisas, que procuram amparo científico para a assistência e para o ensino acerca da temática.

Com isso, estudo realizado no Nordeste sobre a formação dos enfermeiros para atuar com a pessoa idosa identificou que os profissionais de enfermagem participantes da pesquisa possuíam déficit no conhecimento acerca da saúde da pessoa idosa (MELO, *et al.* 2019). Dessa forma, observa-se lacunas relacionadas à formação e preparação dos profissionais sobre a temática, que evidencia a importância de mais pesquisas na área da gerontologia.

Acerca do recrutamento, foi identificado aumento na quantidade de registro em 2020, com 4 novos registros (n=40%), o que pode revelar tendência de aumento nos estudos, conforme a figura 1. Esse aumento no número de ensaios registrados pode ter relação com a pandemia de COVID-19, em vista do aumento no número de pesquisas e a ênfase dada ao processo de trabalho da enfermagem.

Figura 1 - Distribuição temporal dos Ensaios Clínicos Randomizados acerca da enfermagem Gerontológica no Brasil. Pesqueira, PE. 2022



Fonte: Autoria própria

A Organização Mundial de Saúde (OMS) no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, recomenda o incentivo às pesquisas relacionadas ao envelhecimento em saúde nos diversos setores, a fim de representar a diversidade da população idosa e estudar os determinantes do envelhecimento saudável (OMS, 2015). Essa recomendação pode estar relacionada a elevação da taxa do envelhecimento no mundo, no qual necessita-se de profissionais capacitados com olhar holístico para garantir a integralidade da assistência à saúde da pessoa idosa.

Referente a localização geográfica de elaboração dos ECR, a maioria eram da região Nordeste, conforme a figura 2, que corrobora com estudo sobre Caracterização dos Ensaios Clínicos Randomizados sobre Urgência e Emergência Realizados por Enfermeiros no Brasil (DE BRITO, *et al.* 2022), no qual a maioria dos ensaios eram da região Sudeste e Nordeste. Esses dados podem ter relação por se tratar de regiões que possuem centros universitários com grande número de pesquisadores.

Figura 2 - Distribuição geográfica por região dos Ensaios Clínicos Randomizados acerca da enfermagem Gerontológica no Brasil. Pesqueira, PE. 2022



Fonte: autoria própria

Além disso, vale enfatizar a ausência de estudos nas regiões Norte e Sul, cabe refletir sobre a importância dos ECR em todas as regiões, em virtude das diferenças e características próprias de cada região. Com isso, recomenda-se que os estudos sejam realizados contemplando as diferentes regiões, a fim de ampliar a análise da temática.

Sobre o enfoque dos estudos, 60% (n=6) tinham foco na prevenção, 20% (n=2) no tratamento e 20% (n=2) eram classificados como outros. Quanto à situação do recrutamento, 50 (n=5) estavam em análise completa dos dados, 40% (n=4) foram concluídos e 10% (n=1) ainda não recrutado.

No tipo de mascaramento, 70% (n=7) foram abertos, 20% (n=2) unicegos e 10% (n=1) duplo cego, o que diverge de estudo realizado em Nova York a respeito das características de Ensaios Clínicos Randomizados em cirurgias, no qual a maioria dos ensaios possuíam cegamento (ROBINSON, *et al.* 2021). Pode-se considerar que o mascaramento nos ensaios clínicos possui níveis de evidência maiores, pois reduz o risco de viés na pesquisa científica e aumenta o alcance de confiabilidade.

Em relação a alocação dos estudos, 50% (n=5) foram de braço único, 30% (n=3) eram randomizados e 20% (n=2) controlados. Com isso, estudo da efetividade e eficiência dos ensaios clínicos randomizados mostrou a importância da randomização, na qual dispõe de importante ferramenta metodológica, por meio da organização aleatória dos participantes do estudo, que amplia a diversidade amostral e melhora a eficácia do estudo (MARTINS, 2020). Assim, as comparações dos grupos estudados favorecem resultados que mostram uma relação de causa e efeito.

Todos os autores encontravam-se filiados a instituições públicas de caráter Federal ou Estadual. Em relação à titulação do autor, 90% (n=9) eram doutores e 10% (n=1) era mestre. Acerca da atuação profissional, 80% (n=8) atuavam na área da docência e pesquisa. O que corrobora com estudos realizados no Brasil sobre ECR, que evidenciou a importância das universidades e institutos públicos para o desenvolvimento da ciência e para formação de pesquisadores. (DE ALMEIDA, *et al.* 2022; DE BRITO, *et al.* 2021). Assim, releva-se a importância de investimentos nas universidades públicas, pois essas instituições de ensino são fundamentais para o desenvolvimento e avanço científico. .

Em relação às intervenções testadas, houve predominância de pesquisas sobre práticas de educação em saúde, de acordo com a figura 3. Nas pesquisas de educação em saúde foram realizados estudos com temáticas voltadas para crença sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, Autocuidado de idosos com Diabetes, qualidade de vida, qualidade do sono e atividades físicas e cognitivas.

Os resultados se assemelham a estudo sobre análise de educação e saúde como estratégias para promoção à saúde da pessoa idosa, evidenciou que a maioria das intervenções trabalhadas eram voltadas para prática de atividade física, alimentação saudável, doenças crônicas, doenças respiratórias, sexualidade, medicamentos, vida financeira e participação social (SEABRA, *et al.* 2019). A educação em saúde como estratégia de promoção à saúde da pessoa idosa é fator essencial para estimular ações de autocuidado e autoconhecimento desse público, a fim de reduzir as vulnerabilidades e favorecer o envelhecimento saudável.

A educação em saúde é um dos elementos primordiais da Atenção Primária à Saúde (APS) (DE ARAÚJO *et al.*, 2020). A APS conta com equipe multiprofissional que desempenha atividades em saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e detecção precoce das doenças. Possibilita tratamento, reabilitação, diminuição de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde dirigida à população (BRASIL, 2017). O papel das APS dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no desenvolvimento das práticas de Educação em Saúde perpassa por estratégias de promoção de saúde da pessoa idosa.

Os outros serviços que formam a RAS somam-se na busca pela integridade dos cuidados pessoa idosa. São exemplos os Centros de Convivência para Idosos (CCI) (BORGES; SEIDL, 2013), as Casas de Repouso (ROMERO; FERNÁNDEZ; ORTEGA, 2016), as Casas de Apoio (SANTOS *et al.*, 2017), os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (LIMA *et al.*, 2017), a Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) (CASEMIRO *et al.*, 2018) e as Unidades de Saúde da Família (USF) (ALMEIDA *et al.*, 2019).

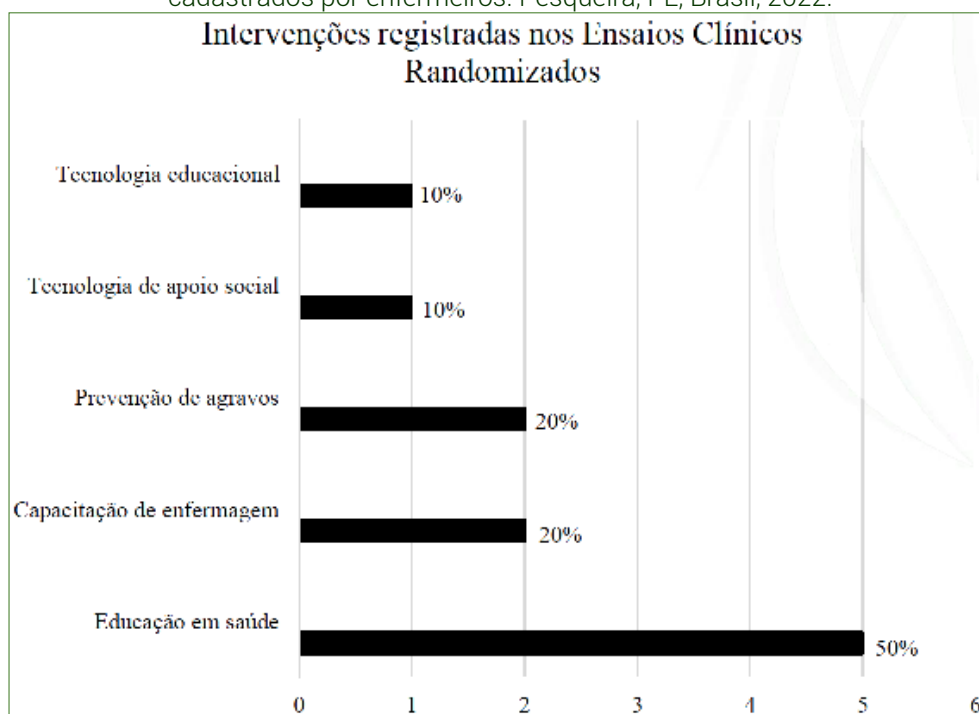
Nessa perspectiva, estudo sobre práticas de educação em saúde voltada para pessoa idosa, destacou a potencialidade da educação em saúde utilizada na Atenção Primária à Saúde (APS) por profissionais da saúde, no qual apresentou resultados significativos no alcance de melhorias na qualidade de vida associada à mudança de hábitos da

pessoa idosa (SANTOS *et al.*, 2021). Além disso, o profissional enfermeiro tem atribuições fundamentais nessas práticas, no qual tem papel essencial no cuidado e promoção de ações educativas, em virtude das ferramentas que o mesmo possui de educador e facilitador do conhecimento em saúde (LIMA *et al.*, 2017).

Nos ECR de capacitação dos profissionais de enfermagem, foram relacionados ao conhecimento dos estudantes da área acerca do comportamento sexual e doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do pé diabético. A capacitação profissional a partir da PBE é essencial para garantir a segurança do paciente e melhoria da assistência à saúde.

Nesse sentido, estudo sobre o papel da enfermagem no cuidado à saúde da pessoa idosa, mostrou que o enfermeiro é um dos profissionais que mais está em contato direto com a pessoa idosa (GUARDA; SILVA, 2022). Com isso, destaca-se a importância da capacitação profissional acerca do cuidado à pessoa idosa, sobretudo, a respeito dos aspectos biopsicossociais e as legislações voltadas para os direitos da pessoa idosa.

Figura 3 - Distribuição das intervenções pesquisadas nos ensaios clínicos cadastrados por enfermeiros. Pesqueira, PE, Brasil, 2022.



Fonte: autoria própria

Na prevenção de agravos, foi relacionado a higiene bucal e pneumonia nas pessoas idosas institucionalizadas. As intervenções voltadas para prevenção de agravos são fatores importantes para garantir o envelhecimento ativo e saudável, em vista dos aspectos fisiológicos inerentes à senescência, a pessoa idosa necessita de condutas e preparos para promover a longevidade. Com isso, estudo sobre atribuição da enfermagem frente a senescência e senilidade, destaca a importância da atuação de enfermagem com condutas para promover a saúde e bem-estar para a prevenção de agravos (LIMA *et al.*, 2018).

Na intervenção relacionada à tecnologia de apoio social, o objetivo foi melhorar o apoio social informativo de cuidadores familiares de idosos com alta dependência. Na tecnologia educacional, utilizou-se cartilha para realizar intervenções com as pessoas idosas sobre a higiene do sono. As cartilhas fazem parte do grupo de tecnologias leves em saúde, no qual são fundamentais para promoção de saúde e prevenção de doenças.

Esse achado coincide com estudo realizado no Rio de Janeiro sobre tecnologia educacional como dinamizador do cuidado da pessoa idosa, no qual evidenciou que a construção de tecnologias educacionais por meio de material impresso e digitalizado colaborou para orientações e condutas de cuidado à pessoa idosa e para tomada de decisão do cuidador (CARDOSO, *et al.*, 2018).

As tecnologias leves estão relacionadas ao acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão do processo de trabalho (MEHRY, *et al.*, 2002). A utilização dessa tecnologia pelos enfermeiros pode potencializar o processo do cuidado, pois requer que o profissional tenha olhar pluridimensional a fim de otimizar a assistência do cuidado com o paciente.

Nesse contexto, a pesquisa mostra-se relevante pois contribui para evidenciar os avanços e lacunas da área da enfermagem em relação à saúde da pessoa idosa, que pode motivar futuros estudos sobre a temática e a elaboração de novos ECR, a fim de potencializar a assistência de enfermagem pela PBE.

A limitação do estudo se deu por meio da quantidade de registros encontrados na plataforma ReBEC acerca da enfermagem Gerontológica, e com o intervalo de tempo da coleta de dados. Além disso, foram selecionados os ECR apenas cadastrados por profissionais

da enfermagem, tendo em vista que o enfermeiro pode ter participado de mais pesquisas de forma indireta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram encontrados 10 estudos sobre a assistência de enfermagem Gerontológica realizados por enfermeiros no Brasil. A maioria foram desenvolvidas na região Nordeste, em universidades públicas, Federais ou Estaduais. Os ensaios tinham enfoque de prevenção, mascaramento aberto e alocação de braço único. Das intervenções aplicadas, a maior parte foram relacionadas à prática de educação em saúde.

Destaca-se a importância do desenvolvimento de mais pesquisas acerca da temática, pois os estudos contribuem para mudança de paradigmas no cuidado da pessoa idosa, visto que a presente pesquisa evidenciou lacunas sobre os ECR relacionados à enfermagem Gerontológica.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a comissão do evento pela oportunidade de discutir ciência em tempos difíceis de obscurantismo em negação da ciência, por ter oferecido um ambiente criativo e amigável e pela disponibilidade de esclarecimento de dúvidas e informações sobre o evento.

À Instituição Federal de Pernambuco- IFPE em conjunto com o *campus* Pesqueira que proporcionaram a oportunidade de possuir um ensino superior e a expansão do conhecimento, aos docentes, diretores, coordenadores e administração que proporcionaram o melhor dos ambientes para que esse trabalho fosse realizado.

A nossa orientadora, que com muita paciência e dedicação nos orientou a respeito do conteúdo abordado em todas as fases da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marise Soares. et al. A Educação Popular em Saúde com grupos de idosos diabéticos na Estratégia Saúde da Família: uma pesquisa-ação.

Revista Ciência Plural, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16954>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.436, de 21 setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2017 set. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 14 ago. 2022.

BRASIL. **Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento**. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. 2003. Acesso em: 13 ago. 2022.

BORGES, Lilian Maria; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Efeitos da intervenção psicoeducacional na utilização de serviços de saúde por homens idosos. **Interface (Botucatu)**, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000400003&lng=en&nr-m=iso. Acesso em: 14 ago. 2022.

CARDOSO, Rachel da Silva Serejo *et al.* Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bYS-S6Y7ZVjthdWnZRsNDxLJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2022

CASEMIRO, Francine Golghetto, et al. Efeitos da educação em saúde em idosos com comprometimento cognitivo leve. **Rev. Bras. Enferm.**, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800801. Acesso em: 14 ago. 2022.

DE ARAÚJO, Tallys Iury et al. Educação Em Saúde: um olhar da equipe multidisciplinar na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/8363>. Acesso em: 14 ago. de 2022.

DE ALMEIDA, Ana Karolina Felix *et al.* Ensaios clínicos randomizados sobre unidade de terapia intensiva realizados por enfermeiros no Brasil. **Nursing (São Paulo)**, 2022. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2231>. Acesso em: 12 mai. de 2022. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i285p7165-7176>.

DE BRITO, Ana Clara Alves *et al.* Caracterização dos Ensaios Clínicos Randomizados sobre Urgência e Emergência Realizados por Enfermeiros no Brasil. **Revista Chronos Urgência**, 2021. Disponível em: <https://chronos.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/urgencia/article/view/29>. Acesso em: 12 mai. de 2022. DOI: <https://doi.org/10.52572/revchronosurg.v1i1.29>

DA GUARDA, Lenny Moreira; DA SILVA, Adriana Oliveira. Saúde do idoso: perspectiva da enfermagem. **Revista Coleta Científica**, v. 6, n. 11, p. 01-08, 2022. Disponível em: <http://portalcoleta.com.br/index.php/rcc/article/view/103/131>. Acesso em: 14 ago. de 2022

LIMA, Bruna Laís de Oliveira *et al.* Saúde do idoso: atribuições do enfermeiro frente à senescência e senilidade. **Semana de Enfermagem (29.: 2018: Porto Alegre, RS). Liderança sustentável e comprometida com o direito humano à saúde: desafios da Enfermagem;[anais][recurso eletrônico]. Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2018.** Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/182569/001072321.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 ago. de 2022

LIMA, P. A. *et al.* Atividades Educativas sobre saúde cardiovascular para idosos em domicílio. **Rev Enf UFPE on line**, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15022/24748>. Acesso em: 14 ago. de 2022.

MARTINS, Wagner Rodrigues. Eficácia e Efetividade de Ensaios Clínicos Randomizados: quais as diferenças entre eles. **Arquivos Brasileiros de Educação Física**, 2020. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/abeducacaofisica/article/download/11301/18245>. Acesso em: 11 de mai. de 2022. DOI: 10.20873/abef.2595-0096.v2n2p914.2020.

MELO, Priscila de Oliveira Cabral *et al.* Formação para atuar com a pessoa idosa: percepção de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1948>

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. Disponível em: <https://doceru.com/doc/1ne05n>. Acesso em: 14 ago. 2002

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. **Brasília**, 2015.

OLIVEIRA, Márcya Cândida Casimiro de *et al.* Importance of health care and promotion in relation to the care process of the elderly person. **Brazilian Journal of Health Review, Curitiba**, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/23130/18576>. Acesso em: 13 ago. 2022. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-102.

PEDROSA, Karilena Karlla Amorim *et al.* Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare Enfermagem**. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40768>. Acesso em: 13 ago. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.40768>.

ROBINSON, Bryce *et al.* Characteristics of randomized clinical trials in surgery from 2008 to 2020: a systematic review. **JAMA Network Open**, 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2781512>. Acesso em: 12 mai. de 2022. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.14494.

ROMERO, Samuel Salvi; SCORTEGAGNA, Helenice de Moura; DORING, Marlene. NÍVEL DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E COMPORTAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xHGstWqFTs8R48dPPM63YrS/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 13 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005230017>.

ROMERO, García G; FERNÁNDEZ, Ortega; ORTEGA, Armendáriz AM. Educación y promoción para la salud de los adultos mayores: para una vida em movimiento. Rev Iberoam **Educ Investi Enferm.**, 2016. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/193/educacion-y-promocion-para-la-salud-de-los-adultos-mayores-para-una-vida-en-movimiento/>. Acesso em: 14 ago. 2021.

SANTOS, Paola Maria Freitas et al. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADAS À PESSOA IDOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Vivências**, v. 18, n. 35, p. 7-26, 2022. Disponível em: <http://revistas.uri.br/index.php/vivencias/article/view/517>. Acesso em: 14 ago. de 2022.

SANTOS, Álvaro da Silva.; PASCHOAL, Vânia Del'Arco. Educação em saúde e enfermagem. Barueri: Manole, 2017.

SEABRA, Cícera Amanda Mota et al. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/xmDgQQxDN4gPRWgTQHysZXn/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>.

SHARMA, Neha; SRIVASTAV, Adarsh Kumar; SAMUEL, Asir John. Ensaio clínico randomizado: padrão ouro de desenhos experimentais - importância, vantagens, desvantagens e preconceitos. **Revista Pesquisa Em Fisioterapia**, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3039>. Acesso em: 13 ago 2022. DOI: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i3.3039>.

UNRIC - Centro Regional de Informação das Nações Unidas. **Envelhecimento**. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>. Acesso em: 13 ago 2022.

WEBER, Mônica Ludwig et al. Evidence-based nursing practice and its care implications: an integrative review. **REVISTA ENFERMAGEM ATUAL IN DERME**, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/529>. Acesso em: 13 ago 2022. DOI: <https://doi.org/10.31011/read-2019-v.90-n.28-art.529>.



**ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:
SAÚDE, DOENÇAS, CUIDADOS E SERVIÇOS**

ÁREA TEMÁTICA 20

DIREITOS E POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS PARA PESSOA IDOSA

SHEILA MARTA CARREGOSA ROCHA

A Área Temática 20 contempla os Direitos e Políticas Públicas e Sociais para a pessoa idosa que suscita o diálogo e o debate sobre as políticas sociais e os direitos da pessoa idosa e contempla experiências e pesquisas ligadas à proteção da pessoa idosa no ordenamento jurídico, a tutela constitucional e a legislação específica, as garantias institucionais e processuais e seus mecanismos e instrumentos de efetividade, entre outras.

O artigo contemplado para publicação neste e-book está intitulado “DÉFICIT DA SAÚDE BÁSICA NA PANDEMIA” que apresentou os déficits da rede de saúde básica em meio a pandemia de COVID-19, bem como descreveu as medidas de atuação da promoção em saúde baseadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil e demonstrou como foi realizada a aplicação desses serviços junto com os atendimentos voltados para essa pandemia. Assim instiga o leitor propondo uma discussão sobre o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o fim de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A pesquisa concluiu que a assistência nos atendimentos básicos não supriu sua demanda com qualidade devido a assistência voltada aos setores dos centros de atendimento a covid-19 e isso fez com que os índices de doenças que antes eram controladas apresentassem um desdobramento de aumento de casos, levando a um retrocesso para a saúde pública do brasileira, violando direitos fundamentais das pessoas e questionando tanto o planejamento quanto à execução das políticas públicas implantadas nesse âmbito. Propondo o seguinte questionamento: Para uma política pública ter efetividade seriam necessários o planejamento e a execução em rede de atividades interdisciplinares com competências preestabelecidas e constante fiscalização dessa execução com detecção e correção das falhas visando a preservação da vida, o bem-estar social e a garantia de direitos fundamentais?

Feito o convite, agora passa à apreciação do leitor e a possibilidade de dialogar com o(s) autor(es).

Com os melhores cumprimentos,

Profa. Dra. Sheila Marta Carregosa Rocha

Universidade Faculdade de Tecnologia e Ciência (UniFTC)

DÉFICIT DA SAÚDE BÁSICA NA PANDEMIA

PRISCILLA FERREIRA LEMOS

Fisioterapeuta, mestranda, pelo PPGSS da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Contato: priskfl@gmail.com

TAMAIARA DOS SANTOS CASTRO

Fisioterapeuta pós-graduada em Saúde Pública, Saúde Coletiva e Segurança do Trabalho pela Faculdade Venda Nova do Imigrante – FAVENI. Contato: tamaiara.sc@hotmail.com

RESUMO

A atenção básica no Brasil caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o a fim de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Este artigo tem como objetivo geral apresentar os déficits da rede de saúde básica em meio a pandemia, além de expor as medidas de atuação da promoção em saúde baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil, e demonstrar como foi realizada a aplicação desses serviços junto com os atendimentos voltados a covid-19 no Brasil. A pesquisa expõe e conclui que a assistência nos atendimentos básicos não supriu sua demanda com qualidade devido a assistência voltada aos setores dos centros de atendimento a covid-19 e isso fez com que os índices de doenças que antes eram controladas apresentassem um desdobramento de aumento de casos, levando a um retrocesso para a saúde pública do brasileira.

Palavras-chave: Saúde Pública, Saúde Coletiva, Déficit, Pandemia.

INTRODUÇÃO

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

O período de pandemia no Brasil instaurou o colapso no sistema de saúde apresentando de forma intensificada as diversas falhas da aplicação e prática do sistema público de saúde, sistema ao qual desde sua fundação tenta suprir toda a demanda da população, o período da pandemia foi identificado como a maior crise sanitária e humanitária do século. A sobrecarga da demanda e resposta de oferta apresentou a menor efetividade, no aspecto da promoção e acompanhamento de saúde nos períodos antes da pandemia. O sistema manifestou o extenso déficit na não conciliação da contenção e assistência sobre os atendimentos ofertados ao quadro do covid-19 e da saúde básica dos brasileiros, como atendimentos, de prevenção, o diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamentos específicos são essenciais para o controle das doenças crônicas.

O Brasil é um país que dispõe de um dos maiores sistemas de saúde pública em todo o mundo, sendo um dos únicos que propõe ampla assistência por ser totalmente gratuita a toda a população, englobando pacientes com HIV, com câncer, doenças crônicas renais assintomáticas.

Desde a sua instituição segundo a Lei Orgânica de 1990 o Sistema Único de Saúde percorreu e ainda vem superando importantes mudanças, o expressivo destaque do avanço alcançado na sua universalidade, o processo de descentralização de incumbência, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios.

Segundo Barbosa (2020), no entanto, em meio à pandemia, o risco de contaminação e o isolamento social têm gerado medo e desinformação em pacientes crônicos assistidos pela rede básica de saúde, provocando aumento nos números de tratamentos interrompidos e prejudicando o diagnóstico precoce de doenças preveníveis. Com a precarização da vida social e econômica, têm aumentado os casos de transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos. As consequências são de difícil previsão exigindo, além de cuidados longitudinais, uma rede de saúde pública efetiva. Soma-se a isso um conjunto de problemas já vivenciados, como a precarização dos serviços públicos pela falta de profissionais, recursos materiais, condições de trabalho adequadas; além da flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social e desinvestimento em pesquisa, tecnologia e ensino. Isso exige de nós uma luta contra as emendas constitucionais que contingenciam os parques recursos destinados ao SUS desde a sua criação.

O trabalho tem como objetivo geral apresentar os déficits da rede de saúde básica em meio a pandemia. Além de expor as medidas de atuação da promoção em saúde baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil, e como foi realizada a aplicação desses serviços junto com os atendimentos voltados ao covid-19 no Brasil. Para realização do trabalho se utilizou bases de pesquisas em trabalhos científicos realizados durante a pandemia que serviram de estrutura, de análise para identificação da demanda de atendimentos básicos não voltados para o covid-19 e procura da população durante o período de pandemia com finalidade de identificar as principais dificuldades enfrentadas na atenção básica.

A metodologia realizada no presente trabalho encaminhou-se através de pesquisas com base em trabalhos científicos realizados durante a pandemia e de estudos na fundação de bases dos princípios do Sistema Único de Saúde.

DESENVOLVIMENTO

Em 1988 foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde procura desenvolver uma Atenção Básica que conceda proximidade e supra as necessidades de saúde, com agilidade, qualidade e de modo acolhedor e humanizado.

A gestão do sistema de saúde brasileiro apresenta-se como um desafio para as três esferas de poder, com a responsabilidade de coordenar e auxiliar na construção de um SUS resolutivo e de qualidade. Essa complexidade é maior quando se considera a dimensão e heterogeneidade do país, tanto populacionais, geográficas, culturais quanto econômicas. Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, em 2006, foi aprovado e pactuado, entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), o Pacto Pela Saúde - Consolidação do SUS (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal”, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- integralidade de assistência, entendida como 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;
- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- participação da comunidade;
- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 2003).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do movimento da reforma sanitária brasileira e representa o mais importante avanço no campo da saúde pública do país, constituindo-se em um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (FLEURY, 2009). Ele abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda população do país (BRASIL, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2021).

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. Todos os investimentos e esforços visando à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do nosso país só podem ser entendidos no contexto da consolidação do SUS e da extensão dos seus benefícios para milhões de brasileiros (OLIVEIRA).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos

princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil – único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuita – está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da Atenção Básica no País (BRASIL, 2012).

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas. Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e o funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e o funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007).

As diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em dois grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992).

No primeiro, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das “ culturas” da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentra-se em componentes relacionados com ricos comportamentais passíveis de serem mudados, que se encontrariam, pole menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos.

Por exemplo, a higiene pessoal, a alimentação, os hábitos de fumar e beber, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual etc. Nesta abordagem, fugiram do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora da possibilidade do controle e da ação imediata dos indivíduos (MARCHIORI, 2002).

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, moderadamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos e práticas do segundo grupo. Sustenta-se ele na constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Neste caso, as atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, o que só seria possível através de políticas públicas Inter setoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde, assim como do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades (empowerment) em prol da sua saúde (MARCHIORI, 2002).

Segundo Boussqat que realizou o relatório de pesquisa Desafios de AB no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS, com dados quantitativos que apontam a questão da continuidade das atividades de rotinas da UBS por tipo, durante a pandemia Covid-19 segundo profissionais e gestores do Brasil e regiões, indicando atividades como:

- Visitas domiciliar pelo ACS;
- Atendimento a usuários hipertensos e diabéticos;
- Pré – Natal;
- Consulta odontológica;
- Consultas de puericultura;
- Vacinação;
- Atividades dos profissionais do NASF-AB.

Tabela 1

Atividades	Brasil e regiões	Total		Mantidas da mesma forma		Adaptadas		Suspensas		Não era realizada antes da pandemia	
		P	G	P	G	P	G	P	G	P	G
Visita domiciliar pelo ACS	Brasil	1709	610	4,2	11,1	64,8	74,1	27,2	13,6	3,9	1,1
	Norte	135	52	5,2	9,6	62,2	71,2	28,1	19,2	4,4	0,0
	Nordeste	486	212	4,3	11,8	65,2	77,8	29,2	9,9	1,2	0,5
	Sudeste	641	170	3,3	11,2	66,0	68,2	25,9	18,2	4,8	2,4
	Sul	246	94	4,5	8,5	58,9	75,5	30,5	13,8	6,1	2,1
	Centro-Oeste	201	82	5,5	13,4	68,7	76,8	21,9	9,8	4,0	0,0
Atendimento a usuários hipertensos e diabéticos	Brasil	1709	610	13,9	26,7	73,6	66,6	12,2	6,4	0,3	0,3
	Norte	135	52	17,0	23,1	77,0	69,2	5,9	7,7	0,0	0,0
	Nordeste	486	212	8,8	26,4	75,3	65,1	15,4	7,5	0,4	0,9
	Sudeste	641	170	13,3	25,3	71,5	67,6	15,1	7,1	0,2	0,0
	Sul	246	94	17,9	26,6	74,0	67,0	7,7	6,4	0,4	0,0
	Centro-Oeste	201	82	20,9	32,9	73,6	65,9	5,0	1,2	0,5	0,0
Pré-natal	Brasil	1709	610	58,2	72,1	38,4	26,4	2,5	1,1	0,9	0,3
	Norte	135	52	37,8	50,0	55,6	46,2	6,7	3,8	0,0	0,0
	Nordeste	486	212	47,3	71,2	48,4	26,4	3,7	1,9	0,6	0,5
	Sudeste	641	170	71,3	83,5	26,5	16,5	0,9	0,0	1,2	0,0
	Sul	246	94	57,7	73,4	38,4	25,5	2,5	0,0	0,9	1,1
	Centro-Oeste	201	82	57,2	63,4	40,3	35,4	1,5	1,2	1,0	0,0
Consulta odontológica	Brasil	1709	610	1,3	4,4	49,3	67,7	41,8	27,4	7,6	0,5
	Norte	135	52	2,2	1,9	33,3	65,4	46,7	32,7	17,8	0,0
	Nordeste	486	212	0,8	5,7	42,2	66,5	51,2	27,4	5,8	0,5
	Sudeste	641	170	1,6	1,2	49,5	67,1	40,5	31,2	8,5	0,6
	Sul	246	94	0,8	5,3	62,6	74,5	32,9	19,1	3,7	1,1
	Centro-Oeste	201	82	1,5	8,5	60,2	65,9	30,8	25,6	7,5	0,0
Consultas de puericultura	Brasil	1709	610	17,1	36,9	50,3	48,7	30,8	13,9	1,8	0,5
	Norte	135	52	13,3	28,8	43,0	51,9	40,0	19,2	3,7	0,0
	Nordeste	486	212	4,7	21,2	39,8	54,2	54,2	24,1	1,2	0,5
	Sudeste	641	170	24,8	54,1	53,3	40,0	20,2	5,9	1,7	0,0
	Sul	246	94	21,1	40,4	60,6	52,1	17,1	6,4	1,2	1,1
	Centro-Oeste	201	82	19,9	42,7	58,7	46,3	18,4	9,8	3,0	1,2
Vacinação	Brasil	1709	610	60,1	73,4	33,8	25,4	3,3	0,8	2,9	0,3
	Norte	135	52	36,3	46,2	47,4	46,2	13,3	7,7	3,0	0,0
	Nordeste	486	212	50,3	73,6	43,5	25,5	3,9	0,5	2,3	0,5
	Sudeste	641	170	72,4	84,7	23,6	14,7	0,9	0,0	3,1	0,6
	Sul	246	94	59,8	70,2	33,3	29,8	4,1	0,0	2,8	0,0
	Centro-Oeste	201	82	60,7	70,7	34,3	29,3	1,5	0,0	3,5	0,0
Atividades dos profissionais do NASF-AB	Brasil	1709	609	3,0	6,7	39,9	58,9	28,0	15,6	29,1	18,7
	Norte	135	52	3,7	7,7	32,6	57,7	17,8	19,2	45,9	15,4
	Nordeste	486	212	1,9	6,1	36,8	64,6	37,7	17,9	23,7	11,3
	Sudeste	641	170	3,8	5,3	42,1	52,4	28,5	15,3	25,7	27,1
	Sul	246	94	4,1	7,4	38,6	55,3	17,9	10,6	39,4	26,6
	Centro-Oeste	201	81	1,5	9,9	46,8	63,0	22,4	13,6	29,4	13,6

P. Profissionais; G: Gestores

Fonte: Pesquisa Desafios da AB no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS

A tabela 1 de Continuidade das atividades de rotinas da UBS apresenta os percentuais de suspensão de atividades, segundo gestores, na região Sudeste (66,2%) e manutenção das atividades com estratégias adaptadas na região Sul (56,4%). A suspensão das atividades foi mais expressiva na região Norte (9,6%). (Tabela 1) (BOUSSQAT, 2020).

A tabela 2, que segue também do relatório de pesquisa Desafios de AB no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS, apresenta a Continuidade das atividades de rotina da UBS: agendamento, demanda espontânea, consultas médicas e de enfermagem, durante a pandemia Covid-19 segundo profissionais, Brasil e regiões, 2020.

Indicando as seguintes atividades:

- Agendamentos de consultas para grupos prioritários;
- Atendimento a demanda espontânea;
- Consulta médica;
- Consulta de enfermagem.

Os processos de trabalho na realização das atividades rotineiras de cuidado e acompanhamento de grupos prioritários nas UBS, durante a pandemia, foram adaptados com a incorporação de formas de contato à distância, principalmente telefone. Dispor de uma lista de usuários é crucial para as iniciativas de acompanhamento e apresenta-se como um resultado muito positivo informado por 83,4% dos profissionais. A grande maioria dos profissionais (83,3%) e dos gestores (74,5%) também afirmou que ampliou o prazo de dispensação de receitas na maioria das UBS. A forma mais comum de acompanhamento à distância foi o telefone (50,8% e 37,7%, respectivamente para profissionais e gestores, na maioria das UBS), seguido da mensagem de texto por WhatsApp (42,2% para profissionais). As ferramentas on-line de vídeos e fotos (consultas para acompanhamento, exames ou receitas) foram relatadas por menos de 15% dos profissionais e de 10% dos gestores; com destaque positivo para a região Sul, com respostas em torno de 20% dos profissionais e dos gestores. Os profissionais da região Sul realizavam acompanhamento à distância com mais frequência, sendo estes chamada telefônica (58,5%), consulta on-line (23,6%), vídeo por WhatsApp (18,3%), envio de receitas (21,5%) e solicitação de exames pela internet/foto (19,1%). Uma outra atividade incorporada por parte das UBS no contexto da pandemia foi a entrega de medicamentos no

domicílio, com destaque para a Região Norte onde 44,4% dos profissionais relataram a sua realização e 71,2% dos gestores informaram que a entrega era realizada por todas (25%) ou algumas (46,2%) UBS. (BOUSSQAT, 2020).

Atividades	Brasil e regiões	Mantidas da mesma forma				Não era realizada antes da pandemia
		Total	Adaptadas	Suspensas		
		n	%	%	%	%
Agendamento de consultas para grupos prioritários	Brasil	1709	12,3	71,5	15,3	0,9
	Norte	135	11,1	77,0	11,1	0,7
	Nordeste	486	6,8	73,7	18,3	1,2
	Sudeste	641	15,6	68,3	15,6	0,5
	Sul	246	11,8	70,7	15,9	1,6
Atendimento a demanda espontânea	Centro-Oeste	201	16,4	73,6	9,0	1,0
	Brasil	1709	23,5	63,5	12,4	0,6
	Norte	135	17,8	66,7	14,8	0,7
	Nordeste	486	13,6	66,9	18,7	0,8
	Sudeste	641	29,5	60,8	9,0	0,6
Consulta médica	Sul	246	28,9	61,0	9,8	0,4
	Centro-Oeste	201	25,9	64,7	9,5	0,0
	Brasil	1709	10,6	75,5	13,5	0,4
	Norte	135	20,0	72,6	6,7	0,7
	Nordeste	486	9,3	80,2	10,1	0,4
Consulta de enfermagem	Sudeste	641	6,9	69,1	23,9	0,2
	Sul	246	11,4	82,5	5,7	0,4
	Centro-Oeste	201	18,9	78,1	2,5	0,5
	Brasil	1709	13,2	72,8	12,3	1,7
	Norte	135	21,5	72,6	4,4	1,5
	Nordeste	486	8,8	79,0	11,1	1,0
	Sudeste	641	10,5	67,9	19,3	2,3
	Sul	246	17,5	74,8	6,5	1,2
	Centro-Oeste	201	21,4	71,6	5,0	2,0

Fonte: Pesquisa Desafios da AB no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no SUS

Chamou-nos a atenção a ausência de apoio do NASF-AB nas UBS de 29,1% dos profissionais, com maior ausência no Norte (45,9%). As atividades do NASF-AB foram adaptadas segundo a maioria dos gestores (58,9%). No entanto, 28% dos profissionais relataram suspensão das atividades do NASF-AB, com maior frequência de suspensão no Nordeste (37,7%), (Tabela 2), (BOUSSQAT, 2020).

Segundo Levinger, 1996 (apud Ungere, 1998), a capacidade humana de se desenvolver e a sua capacidade de alcançar uma vida

melhor é fortemente marcada em três períodos do ciclo da vida. O primeiro inicia no nascimento e termina aos 5 anos de idade ou no início da idade escolar. O segundo é definido pelos anos em que o indivíduo recebe educação básica - que incluiria a idade escolar propriamente dita e a adolescência - e o último período é a fase adulta, na qual o indivíduo insere-se em atividades economicamente produtivas.

Em meio a pandemia, o risco de contaminação e o isolamento social tem gerado medo e desinformação em pacientes crônicos assistidos pela rede básica de saúde, provocando aumento no número de tratamentos interrompidos e prejudicando o diagnóstico precoce de doenças previsíveis. As consequências são de difícil previsão exigindo, além de cuidados longitudinais, uma rede de saúde pública efetiva. Soma-se a isso um conjunto de problemas já vivenciados, como a precarização dos serviços públicos e pela falta de profissionais, recursos materiais, condições de trabalho adequadas, além da flexibilização das leis trabalhistas, desmonte do sistema de proteção social e desinvestimento em pesquisa, tecnologia e ensino. Isso exige de nós uma luta contra as emendas constitucionais que contingenciam os poucos recursos destinados ao SUS desde sua criação

CONCLUSÃO

Conclui-se que mesmo após décadas desde a sua criação o SUS ainda apresenta divergências quanto ao texto oficial e a aplicação de qualidade dos serviços da rede pública de saúde. Durante o colapso do setor da saúde devido a pandemia do covid-19 o Brasil pode compreender o real estado de calamidade do serviço público, e a população brasileira foi quem arcou de forma direta. O presente trabalho expõe e conclui que a assistência nos atendimentos básicos, não supriu sua demanda com qualidade devido a atenção voltada aos setores dos centros de atendimento a covid-19 e fez com os índices de doenças que antes eram controladas apresentassem um desdobramento de aumento desses casos, levando a um retrocesso na saúde pública do país. O despreparo do governo de como lidar com as situações de vários setores da saúde diante a pandemia, a falta de estruturação sólida e de financiamento assertivo para que o sistema de saúde seja aplicado e funcione de forma clara e objetiva é uma das maiores problemáticas

do setor da saúde pública no Brasil. Há necessidade de adequações e revisões das normas nacionais para o atual momento e para situações futuras afim de evitar colapsos na rede de saúde nacional, e para que os serviços oferecidos sejam garantidos. A reestruturação também se caracteriza por vários outros setores como os da educação, de cultura e economia tendo em vista que a promoção de saúde seja um conceito aplicado em diversas áreas. A otimização dos atendimentos básicos para que não sejam afetados de forma negativa, e a monitorização aplicada de forma rígida, organiza e aproxima as metas evitando grandes danos no setor de saúde e conseqüentemente na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, ELIZABETH. A pandemia e seus impactos na Atenção Primária em Saúde. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. Setembro de 2020.

BOUSQUAT A, Giovanella L, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R, Nedel F, Lima JG, Mota PHS, Aquino R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000. BRASIL. Ministério da saúde. Pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão: Diretrizes operacionais. Brasília: 2006. v. 1. p. 76

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Estratégia Saúde da Família, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Cartilha do Servidor / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 743-752, 2009.

GIOVANELLA, LIGIA. MARTUFI, VALENTINA. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. Out, 2020. file:///C:/Users/Tamaiara/Desktop/2115.pdf >.

MARCHIORI, P. BUSS. Prof. Titular da Escola Nacional de Saúde Pública. Presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Promoção da Saúde. (2002) Acesso no link: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)021.pdf) >. Acesso em Out. 2021.

OLIVEIRA, Denizi. CARDOSO, Eliane. CECÍLIO, Luiz. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Acesso: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade_e04.pdf>.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019-&lng=pt&nrm-iso>.

SUTHERLAND, R.W and Fulton, M.J (1992). Health promotion, in Sutherland & Fulton. *Health Care in Canada*, pp. 161 – 181.

UNGERER, R. (1998). Promoção da saúde no ciclo de vida. In: Buss, P.M. *Promoção da Saúde e Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 88 – 100.

VIANNA, L.A.C., *Processo Saúde-Doença*, 2015.