



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 14 . Número 4.outubro-dezembro/2011

ISSN 1809-9823

UnATI
UERJ



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 14. Número 4. outubro-dezembro/2011. 197p.

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editores Associados / Associated Editors

Célia Pereira Caldas

Shirley Donizete Prado

Editor Executivo / Executive Editor

Conceição Ramos de Abreu

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

Alexandre Kalache - The New York Academy of Medicine, New York - EUA

Anabela Mota Pinto - Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal

Anita Liberalesso Néri - Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP - Brasil

Annette G. A. Leibing - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Carina Berterö - Linköping University, Linköping - Suécia

Catalina Rodriguez Ponce - Universidad de Málaga, Málaga - Espanha
Eliane de Abreu Soares - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Emílio H. Moriguchi - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS - Brasil

Emílio Jeckel Neto - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS - Brasil

Evandro S. F. Coutinho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Guita Grin Debert - Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP - Brasil

Ivana Beatrice Mânica da Cruz - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS - Brasil

Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC - Brasil

Luiz Roberto Ramos - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP - Brasil

Maria da Graça de Melo e Silva - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa - Portugal

Martha Pelaez - Organização Panamericana de Saúde, Washington, DC - EUA

Mônica de Assis - Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Ricardo Oliveira Guerra - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN - Brasil

Úrsula Margarida S. Karsch - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP - Brasil

X. Antón Alvarez - EuroEspes Biomedical Research Centre, Corunã-Espanha

Normalização / Normalization

Danielle Carvalho de Oliveira

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É uma publicação do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, UnATI-Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem por objetivos publicar e disseminar produção científica no âmbito da geronto-geriatria e contribuir para o aprofundamento das questões relativas ao envelhecimento humano.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology is the continuation of the publication entitled Text on Aging, first published in 1998. It is a publication of the Reference and Documentation Center on Aging, from the Open University for Studies on the Elderly, Rio de Janeiro State University. It aims to publish and to disseminate scientific production on Gerontology-Geriatrics, and to contribute to go deeper into questions concerned with human aging.

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as "Instruções aos Autores" publicadas ao final de cada fascículo.

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the "Instructions for Authors", published in the end of each issue.

Assinaturas / Subscriptions

Pedidos de assinatura ou permuta devem ser encaminhados à revista, no endereço de correspondência.

Subscription or exchange orders should be addressed to the journal.

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia no endereço abaixo:

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia at the address below:

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã
20 559-900 - Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Telefones: (21) 2334-0168 - (21) 2334-0000

E-mail: crderbgg@uerj.br - revistabgg@gmail.com

Web: <http://www.unati.uerj.br> e <http://revista.unati.uerj.br>**Indexação / Indexes**

LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ - Directory of Open Access Journals

EDUBASE -Unicamp, São Paulo, Brasil

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos

**APOIO FINANCEIRO / FINANCIAL SUPPORT**

Sumário / Contents

Editorial / Editorial

- UMA REVISTA CONSTRUÍDA COLETIVAMENTE 611
 A journal built collectively
Célia Pereira Caldas

Artigos Originais / Original Articles

- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSAS INSCRITAS NO PSF DE MACEIÓ, AL 613
 Sociodemographic data and health conditions in elderly enrolled in family health program in Maceio city, Brazil
Marlete Bezerra dos Santos, Sandra Aparecida Ribeiro
- ESTADO NUTRICIONAL E A QUALIDADE DE VIDA EM HOMENS IDOSOS VIVENDO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM CURITIBA, PR 625
 Nutritional status and quality of life in elderly living in long-term care facility in Curitiba, state of Paraná
Patrick Alexander Wachholz, Sueleen Cristiane Rodrigues, Roseli Yamane
- PREVALÊNCIA DE ENTEROPARASITOS EM IDOSOS 637
 Prevalence of enteroparasites in the elderly
Luísa Scheer Ely, Paula Engroff, Gabrielle Tubtenhagen Lopes, Marcele Werlang, Irênio Gomes, Geraldo Atílio De Carli
- CONFLITOS NO RELACIONAMENTO ENTRE CUIDADORES E IDOSOS: O OLHAR DO CUIDADOR 647
 Conflicts on the relationship between caregivers and the elderly: the caregivers' viewpoint
Verônica Lopes Carneiro, Lucia Helena de Freitas Pinho França
- AValiação DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DO MUNICÍPIO DE OLINDA-PE 663
 Evaluation of long-term care facilities for the elderly in the municipality of Olinda, state of Pernambuco
Barbara Helena de Brito Angelo, Débhora Isis Barbosa e Silva, Maria do Amparo Souza Lima
- ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS, PERFIL GLICÊMICO E LIPÍDICO EM MULHERES IDOSAS 675
 Association among anthropometric variables, plasma glucose and lipid profile in elderly women
Adilson Domingos dos Reis Filho, Christianne de Faria Coelho, Fabrício Azevedo Voltarelli, Jarbas Ferrari Junior, Fabrício César de Paula Ravaçnani, Waléria Christiane Resende Fett, Carlos Alexandre
- AValiação E REABILITAÇÃO VESTIBULAR NO INDIVÍDUO IDOSO 687
 Vestibular assessment and rehabilitation in the elderly
Natália Daniela Rezende Mirallas, Marta Helena Souza De Conti, Alberto De Vitta, Ruy Laurenti, Sandra de Oliveira Saes
- REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO IDOSO DO DISTRITO FEDERAL E SUA INSERÇÃO SOCIAL NO MUNDO CONTEMPORÂNEO A PARTIR DA INTERNET 699
 Social representation of the elderly in the distrito federal and their social inclusion in the modern world from the internet
Maria Aparecida Santana Ferreira, Vicente Paulo Alves
- ALCOOLISMO E TABAGISMO EM IDOSOS: RELAÇÃO COM INGESTÃO ALIMENTAR E ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS 713
 Alcoholism and smoking in the elderly: relation to dietary intake and socioeconomic aspects
Ana Elisa Vieira Senger, Luísa Scheer Ely, Talita Gandolfi, Rodolfo Herberto Schneider, Irênio Gomes, Geraldo Atílio De Carli

Sumário / Contents

O QUE SE APRENDE ALÉM DAS LETRAS: UM ESTUDO SOBRE A ALFABETIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS	721
What is learned beyond letters: a study about alphabetization of elderly	
<i>Patrícia Cláudia da Costa</i>	
EFEITO DA PRÁTICA DE TRABALHOS MANUAIS SOBRE A AUTOIMAGEM DE IDOSOS	731
Effects of practice on manual works for the self-image of the elderly	
<i>Maria Heliana Mota Guedes, Helisamara Mota Guedes, Martha Elisa Ferreira de Almeida</i>	
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE CONSTRUÍDAS POR IDOSOS DO OESTE PARAENSE	743
Social representations on health built by the elderly of western Pará state, Brazil	
<i>Luiz Fernando Rangel Tura, Ivani Bursztyjn, Diana Maul de Carvalho, Angela Arruda, Antonia Oliveira Silva</i>	
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS SOCIOTERÁPICOS DA CIDADE DE ARROIO DO MEIO, RS, BRASIL	753
Evaluation of the quality of life and decision-making capacity in elderly participating in sociotherapeutic groups in Arroio do Meio city, Brazil	
<i>Aletheia Peters Bajotto, José Roberto Goldim</i>	
EQUILÍBRIO POSTURAL E RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS DA CIDADE DE GARÇA, SP	763
Postural balance and risk for falls in elderly in the city of Garça, state of São Paulo, Brazil	
<i>Natália Beghine Alves, Marcos Eduardo Scheicher</i>	
Artigo de Revisão / Review Article	
RELAÇÃO ENTRE PROBLEMAS DO SONO, DESEMPENHO FUNCIONAL E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS DA COMUNIDADE	769
Relationship between sleep problems, functional performance and falls in community-dwelling elderly	
<i>Alexandre Alves Pereira, Maria Filomena Ceolim</i>	
Artigo de Opinião / Opinion Article	
ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS: UM MODELO EM QUE TODOS GANHAM	779
Strategies for coping with chronic diseases: a model where everyone wins	
<i>Renato P. Veras</i>	
Estudo de Caso / Case Study	
COMPANHEIRISMO E SEXUALIDADE DE CASAIS NA MELHOR IDADE: CUIDANDO DO CASAL IDOSO	787
The beauty of companionship and sexuality for couples in the best age: caring for elderly couple	
<i>Késia Marques Moraes, Dayse Paixão e Vasconcelos, Antonia Siomara Rodrigues da Silva, Regina Célia Carvalho da Silva, Luciana Maria Montenegro Santiago, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas</i>	

Uma revista construída coletivamente

A journal built collectively

A cada número, os editores se revezam na elaboração do editorial. Sempre que me cabe esta responsabilidade, costumo apresentar um balanço sobre a procedência e a diversidade dos artigos publicados.

Neste número, apresentamos artigos provenientes de instituições de dez diferentes estados brasileiros: Universidade Federal de Alagoas; Universidade Positivo (Paraná); Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Salgado de Oliveira (Rio de Janeiro); Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal de Mato Grosso; Universidade do Estado de São Paulo e Universidade Sagrado Coração (São Paulo); Universidade Católica de Brasília; e Universidade Federal de Viçosa (Minas Gerais). Há um artigo de revisão proveniente da Unicamp (Campinas-SP) e um estudo de caso que vem da Santa Casa da Misericórdia de Sobral, Ceará.

Além desses textos, nosso editor, Renato Veras, discute em um contundente artigo de opinião as estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas, tema que tem sido motivo de grande interesse e polêmica tanto no campo da Saúde Pública quanto no campo da Saúde Suplementar. Portanto, seguimos evoluindo e na vanguarda, tanto em relação ao crescimento da revista quanto no compromisso com a atualização e participação nos debates sobre os temas de maior relevância para a área do envelhecimento.

Este número encerra o décimo-quarto volume da *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Em 2011, passamos a ter uma periodicidade trimestral, ou seja, este é o primeiro “quarto número” de um volume da RBGG. Para esta conquista, foi necessário um esforço muito grande do editor principal, das editoras associadas e de toda a equipe do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UnATI/UERJ. Mas sem a condução firme e segura da nossa editora executiva, não estaríamos realizando mais este projeto.

E sobretudo, queremos agradecer a todos – e são muitos – aqueles que contribuem para a consolidação da RBGG entre as revistas relevantes da área de Geriatria e Gerontologia no Brasil. A melhor forma que encontramos de fazê-lo é celebrar os colaboradores que, com seu esforço anônimo, constituem a espinha dorsal do periodismo científico: os pareceristas. Eles são a primeira e mais importante linha de garantia de qualidade de nossa revista.

Não podemos deixar de destacar também os financiamentos recebidos das agências de fomento, CNPq e FAPERJ, que viabilizam a produção de nossa revista.

A todos vocês, nosso agradecimento – autores, leitores, conselho editorial, revisores e tantos outros que fazem da *RBGG* o que ela é.

Desejamos a todos boa leitura e um feliz 2012.

Célia Pereira Caldas
Editora Associada

Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL

Sociodemographic data and health conditions in elderly enrolled in Family Health Program in Maceio city, Brazil

Marlete Bezerra dos Santos¹
Sandra Aparecida Ribeiro²

Resumo

Objetivos: Descrever as variáveis sociodemográficas e identificar as condições de saúde de mulheres idosas inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, por amostragem, utilizando variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Para avaliar o estado nutricional: índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC). A depressão foi avaliada por meio da GDS-30, a capacidade funcional por meio da escala de Lawton e o IPAQ, versão curta, para avaliar o nível de atividade física. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por 268 mulheres, com média de idade de $66,68 \pm 5,77$ anos; destas, 70,5% estavam na faixa entre 60-69 anos, 35,1% moravam com o cônjuge e 48,5% viviam com menos de um salário mínimo *per capita*. Referiram de uma a duas morbidades 60,1% das idosas, sendo que a hipertensão arterial foi a mais frequente (84,0%). A prevalência de obesidade foi de 21,6%, enquanto 25,7% da amostra apresentaram baixo-peso e 67,9% tinham $CC \geq 80$ cm. Houve suspeita de depressão leve ou moderada em 41,0%, 12,7% apresentaram dependência parcial para as atividades instrumentais da vida diária e 50,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. **Conclusões:** Espera-se que esses resultados contribuam para melhor quantificar as necessidades dessa população, fornecendo informações para formulação de políticas públicas pelos gestores. Além disso, promover ações para garantir que aqueles que vivam mais de 60 anos possam fazê-lo com dignidade e qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Perfil de saúde. Estado nutricional. Programa de Saúde da Família.

¹ Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Alagoas

² Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal de São Paulo

Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). Processo nº 099/11386345.

Correspondência / Correspondence

Marlete B. dos Santos

Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas

Campus A. C. Simões. Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro dos Martins.

57072-970, Maceió, AL, Brasil

E-mail: marlettybsufal@gmail.com

Abstract

Objectives: To describe the sociodemographic variables and to identify the health conditions of elderly women enrolled in the Family Health Program in Maceio city, Brazil. **Methods:** The study is a descriptive, transversal and random sampling, using socio-demographic and health conditions variables. To evaluate the nutritional status were used: body mass index (BMI) and waist circumference (WC). Depression was evaluated using the GDS-30, functional capacity for means of the Lawton scale and to assess the physical activity level the IPAQ short version. **Results:** The sample of the study was composed of 268 women with the average age of 66.68 ± 5.77 years, being 70,5% from 60-69 years old. In this sample 35.1% lived with their spouse and 48.5% lived on less than minimum salary; 60.1% of the elderly reported one to two morbidities, being hypertension the most frequent (84.0%). Prevalence of obesity was 21.6% while 25.7% of the sample was underweight and 67.9% have $WC \geq 80$ cm; 41.0% were suspected of having mild or moderate depression, 12.7% showed partial dependence to instrumental activities of daily living and 50.7% were sedentary. **Conclusions:** We expect that these findings will contribute to a better quantification of needs of this population, providing information to public policies. In addition, it may promote actions to ensure that those aged 60 years or more can live with dignity and quality of life.

Key words: Elderly Health. Aging. Health profile. Nutritional status. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

No Brasil, durante algum tempo, alimentou-se o conceito de país jovem, enquanto, a partir de 1960, com o declínio da taxa de fecundidade, as projeções apontam para o crescimento da população idosa.¹ A previsão é que, no período de 1950 a 2025, esta população cresça 16 vezes, contra cinco vezes a população total. Para 2050, as projeções são que, pela primeira vez na história, a população idosa com 60 anos ou mais irá superar o número de jovens, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).²

Em Maceió, capital de Alagoas, há uma população de 936.314 habitantes, dos quais 7,1% são formados por idosos, sendo 60,9% do sexo feminino (IBGE).³ A expectativa de vida no estado é de 67,2 anos, enquanto para o sexo feminino é de 71,3 anos.³ A taxa de cobertura de planos de assistência médica é de 23,2%, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); em consequência, cerca de 76,8% utilizam exclusivamente os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴ A cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Maceió, é de 26,88% da população.³

O crescente aumento da categoria idosa em nível mundial tem provocado, nos órgãos governamentais e na sociedade, o desafio de mudanças médico-sociais próprias para o envelhecimento populacional. Para Veras et al.⁵, no Brasil os esforços ainda são pontuais e desarticulados. Ramos⁶ afirma que o sistema de saúde terá que fazer frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e as neurovegetativas, e a uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental.

Pinheiro & Travassos⁷ consideram que os indivíduos nos extremos da cadeia etária usam mais os serviços de saúde que a população em geral. Além do mais, a população idosa tem mais necessidade de procedimentos de alto custo. As mulheres são as maiores consumidoras dos serviços de saúde.

As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas por meio de seus perfis. Entre estes, destacam-se: percepção da saúde, morbidade referida, estado nutricional, depressão e independência para as atividades cotidianas. As grandes desigualdades regionais

sociodemográficas, culturais e de saúde são pouco relatadas em estudos epidemiológicos de base populacional envolvendo o idoso, sobretudo no Nordeste e, por conseguinte, em Maceió.⁸

Em razão de os estudos apontarem que as mulheres frequentam mais o sistema de saúde que os homens, optou-se pela escolha do gênero feminino.⁸⁻¹⁰ Dentro desse contexto, o presente estudo tem o objetivo de descrever as variáveis sociodemográficas e as condições de saúde de mulheres idosas inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de delineamento transversal, por amostragem. Os procedimentos utilizados para a seleção da amostra levaram em consideração múltiplos estágios, com o intuito de se obter uma amostragem estratificada aleatória que fosse representativa da população feminina idosa inscrita nas unidades básicas de saúde (UBS) com o modelo de PSF de Maceió, totalizando 36 unidades e 72 equipes de saúde, segundo as listas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Os parâmetros para o cálculo da amostra tiveram por base: o tamanho da população de 7.886 idosas inscritas no PSF/Maceió, nível de confiança de 95%, erro alfa de 5%, poder do teste estatístico de 80%. Desse modo, a amostra mínima consistiu de 226 idosas. Para compensar possíveis perdas, a amostra foi acrescida em 20%, atingindo 271 pesquisadas, sendo entrevistadas 268. A perda foi de 1,1%, que correspondeu a uma UBS com o PSF que se encontrava em reforma (houve vários contatos durante o período de coleta). Nessa unidade havia a previsão de três respondentes.

A estratificação aconteceu segundo o critério de probabilidade proporcional ao número de idosas inscritas no modelo. O número de prontuários de família a ser examinado no arquivo se deu por amostragem sistemática, calculada com base no “n” mínimo, acrescido da proporção de

mulheres na faixa de 60 a 79 anos, obtendo-se um intervalo amostral igual a quatro. A partir daí, por meio da amostragem aleatória simples, a cada quatro prontuários de família um era retirado para compor a amostra em cada UBS/PSF. Não havendo idosa que atendesse aos critérios de pesquisa, automaticamente era retirado um novo prontuário. Durante o curso da pesquisa, houve 87 idosas (32,4%) que não puderam ou não quiseram comparecer e foram substituídas.

O critério de inclusão foram mulheres com idades entre 60 e 79 anos cadastradas nas equipes de PSF de Maceió. Foram excluídas do estudo as portadoras de deficiências físicas e as que se recusaram a participar ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O trabalho de campo foi realizado entre julho de 2008 a fevereiro de 2009, por três pesquisadoras associadas, especialmente treinadas por um projeto piloto e pela pesquisadora principal. A pesquisa consistiu na aplicação de um questionário que continha as variáveis sociodemográficas (idade, grau de instrução, estado civil, arranjo domiciliar e renda *per capita*), variáveis relacionadas às condições de saúde (percepção da saúde, morbidade referida, tabagismo, estado nutricional, escala de depressão, capacidade funcional e nível de atividade física).

Para conhecer a percepção da saúde era indagado: “Como a senhora considera sua saúde: excelente, boa, regular ou ruim?”. Em relação ao tabagismo, foi perguntado “a senhora fuma, sim ou não?”. Para morbidade autorreferida, questionou-se sobre as seguintes doenças: hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, doença do coração, artrite/reumatismo/artrose, problema gastrointestinal, doença crônica pulmonar, osteoporose, embolia/derrame e câncer.

Foram obtidas as variáveis antropométricas: índice de massa corporal (IMC), em kg/m², e circunferência da cintura (CC), em centímetros.¹¹ Todas as medidas foram realizadas em duplicata. O IMC foi classificado segundo os valores propostos pela Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS) no ano de 2002: baixo-peso ($IMC < 23$), eutrofia ($23 \leq IMC < 28$), sobrepeso ($28 \leq IMC < 30$) e obesidade ($IMC \geq 30$).¹²

A circunferência da cintura foi aferida seguindo-se os procedimentos descritos por Callaway et al.¹³ Para descrever a distribuição da obesidade, a medida CC foi agrupada de acordo com os pontos de corte para riscos de complicações metabólicas e cardiovasculares associadas à obesidade, adotado pela Organização Mundial de Saúde (2000) para as mulheres: adequado ($CC < 80$ cm), elevado ($CC \geq 80 < 88$ cm) e muito elevado ($CC \geq 88$ cm).¹⁴

Para o rastreamento de sintomas depressivos, utilizou-se a Escala Geriátrica de Depressão (GDS), em sua versão composta por 30 itens, proposta por Yesavage et al.¹⁵ e validada no Brasil por Stoppe Júnior et al.¹⁶ Os escores são: 0 a 10 é considerado normal; 11 a 20, depressão leve ou moderada e 21 a 30, depressão grave. Um escore acima de 10, com base nesses pontos de corte, indica a necessidade de confirmação de depressão.

O instrumento mais utilizado para avaliar a capacidade funcional de pessoas não-institucionalizadas é a escala de Lawton e Brody.¹⁷ Por essa capacidade funcional, entenda-se aquela que se propõe a realizar sem dificuldade ou ajuda as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como preparo de refeições, tarefas domésticas, lavar roupa, manuseio de medicamentos, usar o telefone, manuseio de dinheiro, fazer compras e usar meios de transportes. Os escores variam de 0 a 24 pontos, de sorte que, quanto mais elevada a pontuação obtida pelo indivíduo, maior sua independência: de 0 a 8 pontos (dependência); 9 a 16 pontos (dependência parcial) e 17 a 24 pontos (independência).¹⁷

O nível de atividade física foi determinado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, validado na população

brasileira por Matsudo et al.¹⁸ A forma curta foi recomendada para os estudos nacionais de prevalência e de possibilidade de comparação internacional. É um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida. Os dados foram coletados por meio de entrevista, tendo por referência a última semana. Para analisar os dados do IPAQ, consideraram-se quatro categorias: muito ativo (≥ 150 minutos/semanal, todas as modalidades), ativo (≥ 150 minutos/semanal, qualquer modalidade), irregularmente ativo (≥ 10 minutos/semanal) e sedentário (≤ 10 minutos/semanal), de acordo com os critérios propostos pelo consenso realizado entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o Center for Disease of Prevention and Control (CDC) de Atlanta, em 2002.¹⁹⁻²⁰

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS para Windows (versão 13.0) e incluiu análise descritiva sob a forma de frequência, média, desvio-padrão e percentis (P25, P50 e P75).

O protocolo de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas/UFAL (nº 015372/2006-85, aprovado em 26/01/2007) e da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP (nº 0332/08).

RESULTADOS

Foram estudadas 268 idosas, com média de idade de $66,68 \pm 5,77$ anos. Houve maior proporção de idosas na faixa de 60 a 69 anos (70,5%). Um total de 106 (39,6%) eram viúvas e 35,1% eram casadas ou viviam com o companheiro. As entrevistadas não alfabetizadas eram 41,8%, enquanto que 22,8% tinham de 1 a 2 anos de estudo (tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de idosas inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió. Maceió,AL, 2009.

Variável	(n=268)	%
Faixa etária		
60 a 69	189	70,5
70 a 79	79	29,5
Estado conjugal		
Solteira	51	19,0
Cônjuge/Companheiro	94	35,1
Viúva	106	39,5
Desquitada	1	0,4
Divorciada	4	1,5
Separada	12	4,5
Escolaridade		
Não alfabetizada	112	41,8
Alfabetizada	156	58,2
Anos de estudo		
Nenhum	112	41,8
1 a 2	61	22,8
3 a 4	57	21,3
≥ 5	38	14,2
Arranjos domiciliares		
Mora sozinha	38	14,2
Cônjuge/Companheiro	94	35,1
Filho(a) não casado (a)	78	29,1
Filho(a) casado(a)	39	14,6
Outros ¹	19	7,0
Número de pessoas no domicílio		
Nenhuma	38	14,2
1 a 2	110	41,0
3 a 4	77	28,7
≥ 5	43	16,0
Renda <i>per capita</i>		
< 1 SM ²	130	48,5
1 a 2 SM	94	35,1
> 2 a 3 SM	26	9,7
> 3 SM	18	6,7

¹. Outros: irmãos, netos e sobrinhos.

². SM = Salário Mínimo à época = R\$ 415,00.

Ainda segundo a tabela 1, observou-se que em relação ao arranjo familiar no domicílio, 43,7% residiam com filhos não casados ou casados, 14,2% moravam sozinhas e 69,7% residiam em casas com até quatro pessoas. Neste estudo, 48,5% das idosas viviam com renda *per capita* menor que um salário mínimo.

A tabela 2 trata da autopercepção da saúde, em que houve maior concentração de respostas “regular” (65,3%). São fumantes 13,0%, enquanto 50,4% nunca fumaram e 93,3% referem ter de uma a quatro morbididades.

Tabela 2 - Distribuição de idosas inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió, segundo a autopercepção da saúde, tabagismo e número de comorbidades autorreferidas. Maceió,AL, 2009.

Variável	(n=268)	%
Autopercepção da saúde		
Excelente	3	1,1
Boa	38	14,2
Regular	175	65,3
Ruim	52	19,4
Tabagismo		
Fumante	35	13,0
Ex-fumante	98	36,8
Nunca fumou	135	50,4
Número de comorbidades		
Nenhuma	6	2,2
1 a 2	161	60,1
3 a 4	89	33,2
5 a 6	11	4,1
> 6	1	0,4

Na tabela 3 está apresentada a distribuição das morbidades autorreferidas. A hipertensão arterial

foi a mais prevalente (84,0%), seguida por artrite/reumatismo/artrose (56,7%) e *diabetes mellitus* (31,3%).

Tabela 3 - Frequências das morbidades autorreferidas em idosas inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió. Maceió,AL, 2009.

Morbidades autorreferidas	Sim		Não	
	(n)	%	(n)	%
Hipertensão arterial	225	84,0	43	16,0
Artrite/reumatismo/artrose	152	56,7	116	43,3
Diabetes mellitus	84	31,3	184	68,7
Doença do coração	58	21,6	210	78,4
Problema gastrointestinal	49	18,3	219	81,7
Osteoporose	25	9,3	243	90,7
Embolia/derrame	10	3,7	258	96,3
Doença crônica pulmonar	5	1,9	263	98,1
Câncer	1	0,4	267	99,6

A tabela 4 apresenta o estado nutricional de idosas matriculadas no PSF de Maceió. A frequência de eutrofia foi de 38,5%, enquanto que 25,7% da amostra apresentaram baixo-peso. Obesidade (21,6%) e sobrepeso (14,2%) estavam presentes em 35,8% das pesquisadas. O estado

de eutrofia foi mais frequente na faixa etária de 70-79 anos (41,8%). A prevalência de obesidade entre as faixas etárias de 60-69 e 70-79 anos foi de 25,9% e 11,4%, respectivamente. Acerca da obesidade abdominal, por meio da medida de circunferência da cintura, 67,9% da amostra

apresentaram risco cardiovascular ($CC \geq 80$ cm) elevado ou muito elevado. As idosas do grupo etário 70-79 anos foram classificadas com risco

elevado (22,8%) e 48,1% das idosas na faixa etária de 60-69 anos apresentaram risco muito elevado ($CC \geq 88$ cm).

Tabela 4 - Frequência, média, desvio-padrão e percentil de idosas inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió, segundo o estado nutricional. Maceió, AL, 2009.

Variáveis antropométricas	Variáveis		Média \pm DP ¹	Percentil		
	n	%		25	50	75
IMC (Kg/m²)						
60-69 anos	189	70,5	26,74 \pm 5,05	23,20	27,00	30,05
Baixo peso	45	23,8				
Eutrofia	70	37,0				
Sobrepeso	25	13,3				
Obesidade	49	25,9				
70-79 anos	79	29,5	25,50 \pm 4,40	22,40	25,10	28,10
Baixo peso	24	30,4				
Eutrofia	33	41,8				
Sobrepeso	13	16,4				
Obesidade	9	11,4				
Total	268	100,0	26,38 \pm 4,89	22,80	26,40	29,20
Baixo peso	69	25,7				
Eutrofia	103	38,5				
Sobrepeso	38	14,2				
Obesidade	58	21,6				
CC (cm)						
60-69 anos	189	70,5	86,74 \pm 11,91	79,00	87,00	94,75
< 80	54	28,6				
$\geq 80 < 88$	44	23,3				
≥ 88	91	48,1				
70-79 anos	79	29,5	84,90 \pm 10,94	77,00	84,00	92,00
< 80	32	40,5				
$\geq 80 < 88$	18	22,8				
≥ 88	29	36,7				
Total	268	100,0	86,19 \pm 11,64	78,00	86,00	94,00
< 80	86	32,1				
$\geq 80 < 88$	62	23,1				
≥ 88	120	44,8				

Na tabela 5, encontram-se as frequências da GDS-30, de sorte que 41,0% das pesquisadas foram classificadas com sintomas de depressão leve ou moderada e 4,1%, grave;

87,3% eram independentes funcionalmente, 12,7% apresentaram dependência funcional e 49,2% eram ativas ou muito ativas, segundo o IPAQ.

Tabela 5 - Resultados do rastreamento para depressão, capacidade funcional e nível de atividade física em idosas inscritas no Programa de Saúde da Família de Maceió. Maceió, AL, 2009.

Variável	n (268)	% (100)
Depressão		
Sem depressão	147	54,9
Depressão leve ou moderada	110	41,0
Depressão grave	11	4,1
Capacidade funcional		
Dependência	-	-
Dependência moderada	34	12,7
Independente	234	87,3
Nível de atividade física		
Sedentária	52	19,4
Insuficientemente ativa	84	31,3
Ativa	130	48,5
Muito ativa	2	0,7

DISCUSSÃO

O estudo envolve idosas inscritas no PSF de Maceió, entre 60 e 79 anos. Os resultados obtidos deverão ser interpretados levando-se em consideração as características da população estudada, restrita às idosas inscritas no PSF desse município, nesta faixa etária.

A faixa etária entre 60 a 69 anos apresenta maior proporção, quando comparada com o grupo etário de 70-79 anos. Em Maceió, 59,2% da população idosa encontram-se na primeira faixa etária, e desta, 58,6% são do gênero feminino (IBGE).³ Outros estudos comprovam maior frequência de idosos neste grupo etário, bem como a feminização da população idosa.²¹⁻²²

As idosas octogenárias do município de Maceió representam 1,06% da população, sendo o segmento que vem aumentando de maneira mais acentuada.²³ Não podem compor a amostra pelo fato de este trabalho fazer parte de uma pesquisa maior, em que há necessidade de valores normativos brasileiros para a categoria, inexistentes até então.

Este estudo tem como limitações o fato de estar restrito às idosas de até 79 anos, pela falta

de padrão antropométrico de referência nacional para idosos e falta de instrumento para aferição de memória.

A proporção de mulheres idosas que moram sozinhas inscritas no PSF de Maceió mostra-se maior que a obtida pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para o Nordeste (10,8%).²² A frequência de entrevistadas que residem com os filhos é inferior ao relatado pelo PNAD (51,6%).²² Este fato pode ocorrer por razões socioeconômicas ou características culturais. Embora a família, de certa forma, usufrua do rendimento do idoso, o suporte intergeracional funciona no sentido oposto. À medida que o idoso contribui com sua renda, termina promovendo a integração da família e, também, seu próprio bem-estar.²³

Em geral, idosos que moram em domicílios multigeracionais tendem a ser mais pobres e ter maior grau de dependência, enquanto que idosos com melhor nível socioeconômico tendem a morar em domicílios unigeracionais ou sozinhos, têm menor grau de dependência e são mais preparados para não dependerem de outros.²⁴ Ao longo dos anos, o número de idosos que moram sozinhos vem crescendo sistematicamente.²³

Em relação à escolaridade, verifica-se alto percentual de entrevistadas não alfabetizadas, seguido daquelas com um a dois anos de estudo. A PNAD,²² para Alagoas, revela taxa de analfabetismo e de apenas um ano de instrução na ordem de 60,6%, valor próximo ao obtido nas idosas matriculadas no PSF de Maceió. A média nacional de idosos com idades de 60 anos ou mais, sem instrução e menos de um ano de estudo é de 33,5%.²² A média de anos de estudo em idosos no Brasil é de 3,8 anos. Os anos de escolaridade no Brasil são uma boa aproximação das condições socioeconômicas e uma informação relativamente fácil de ser obtida, além do fato que a maior escolaridade se relaciona com a melhor qualidade de vida e longevidade. Romero²⁵ declara que a chance de um idoso não alfabetizado autoavaliar de forma negativa a sua saúde é 60% maior em relação aos idosos alfabetizados. Além disso, quanto menor a renda *per capita*, maior a taxa de analfabetismo entre idosos. O rendimento *per capita* neste estudo foi maior para idosas com menos de um salário mínimo, enquanto que a PNAD relata o valor de 33,0% para o Nordeste, condição esta associada à situação de pobreza.²²

A prevalência de entrevistadas que fumam no presente estudo é inferior a de ex-fumantes. No Brasil, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia), criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, tinha 9.917 (73,07%) pessoas do sexo feminino cadastradas no sistema, em Maceió, no mês de dezembro de 2009; destas, 36,4% encontram-se na faixa etária de 60-79 anos.²⁶ O tabagismo em Maceió, segundo o registro no sistema HiperDia para esta faixa etária, foi de 17,5%.

Como em outros estudos em idosos, a hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente. A segunda morbidade autorreferida mais citada foi artrite/reumatismo/artrose. Embora a prevalência dessa doença entre idosas (60 + anos de idade) na PNAD/2003 tenha sido de 33,0% (um problema de saúde pública), não recebe a devida atenção, sendo tratada como doença individual.^{27,23} Sabe-se que é uma das principais responsáveis pela limitação de atividades no idoso.²⁸ Os achados deste estudo são

corroborados por Machado et al.²⁹, que apontam a artrite como a segunda morbidade após a hipertensão arterial. Os autores, em estudo de base populacional do Projeto Bambuí, avaliando 1.606 pessoas, relataram prevalência de reumatismo diagnosticada por médicos de 25,3%, e de sintomas clínicos nas mãos e joelhos em 44,2%. Ambas as prevalências são mais frequentes no gênero feminino, na razão de 3:1. Na maioria das cidades da Pesquisa SABE, ao menos uma em cada três idosas informaram ter artrite e a prevalência para o sexo feminino foi de 39,6%.²¹

A prevalência e a incidência de DM vêm aumentando na população devido ao crescimento do extrato idoso, da urbanização e industrialização, além do aumento da obesidade, da inatividade física e do crescimento de sobrevida dos diabéticos.³⁰ A frequência de DM autorreferido foi superior ao percentual de mulheres, na mesma faixa etária do estudo, cadastradas no Sistema HiperDia, em Maceió (29,6%).

Na avaliação de sobrepeso/obesidade, o presente estudo encontrou percentuais em idosas na faixa de 60-69 anos um pouco menor que nos grupos cadastrados no Sistema HiperDia/Maceió (43,1%), o que representa um desafio à saúde pública local. O excesso de peso é um dos principais fatores de risco de uma série de doenças crônicas não-transmissíveis. Abrantes et al.³¹ corroboram os achados de Maceió: utilizando dados da Pesquisa sobre Padrões de vida (PPV) nas regiões Nordeste e Sudeste, encontraram declínio de obesidade em idosas a partir de 70 anos.

Outro dado preocupante é a prevalência de baixo-peso na faixa etária 70-79 anos. Essa diminuição pode ser atribuída ao declínio da massa muscular corporal, massa óssea e da quantidade de gordura corporal, que tende a diminuir após 70 anos.³² A CC é uma importante medida de avaliação de gordura abdominal. Neste estudo, a maior parte das idosas apresentaram CC \geq 80 cm e quase a metade na faixa etária de 60-69 anos encontrava-se com CC \geq 88 cm, o que pode indicar risco para doença cardiovascular elevado ou muito elevado, respectivamente (WHO, 2000).¹⁴ Contudo, esses resultados devem

ser interpretados com cautela, pois dados pertinentes a indivíduos idosos são escassos e não está claro se eles apresentam os mesmos riscos que indivíduos mais jovens.²¹

Há suspeita de depressão leve a moderada. Bós & Bós,³³ utilizando microdados da PNAD/1998, ao perguntarem aos idosos “têm depressão?”, obtiveram 12,5% de resposta afirmativa, sendo maior nas mulheres e na faixa etária menor para maior (60-69 e 70-79 anos), 16,3% e 15,5%, respectivamente. Gazalle et al.,³⁴ em estudo de base populacional, relatam que os sintomas depressivos são maiores nas mulheres, nos idosos, naqueles com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado, fumantes ativos e que sofreram perdas de familiares ou pessoas próximas.

No presente estudo, a frequência de entrevistadas que se apresentaram com dependência funcional moderada para a realização das AIVD foi inferior aos dados obtidos na frequência de incapacidade funcional moderada em mulheres idosas na PNAD/2003, em Maceió (37,3%).²⁷ Ramos afirma que o conceito de saúde válido para o idoso está atrelado à autonomia.⁶ A baixa prevalência de dependência parcial pode ser decorrente da metodologia aplicada na seleção, excluindo aquelas que apresentaram incapacidade física.

Avaliadas pelo IPAQ, cerca de metade das entrevistadas foi considerada ativa ou muito ativa e outra metade, insuficientemente ativa ou sedentária. A porcentagem de sedentarismo encontrado foi inferior ao obtido na população feminina do HiperDia, Maceió (43,5%). Neste estudo houve maior percentual de idosas ativas devido aos critérios de inclusão das participantes. Segundo Matsudo et al.,¹⁸ a inatividade física (sedentarismo) é o fator de risco de doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalente na população.

Muitos dos efeitos deletérios do envelhecimento são secundários à falta de atividade física regular, que acabam afetando negativamente a saúde, a capacidade funcional e a qualidade de vida.³⁵ As evidências disponíveis sugerem associação inversa entre atividade física e morbimortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis, sobretudo hipertensão, artrose e diabetes.

CONCLUSÕES

Os dados encontrados para as idosas matriculadas no PSF de Maceió apontam que se trata de pessoas com baixa escolaridade, baixa renda e com percepção de saúde regular/ruim. Há elevado número de morbidades autorreferidas, sendo a hipertensão arterial, artrite/reumatismo/artrose e *diabetes mellitus* as mais frequentes. Metade delas se encontra em risco nutricional para doenças (obesidade ou baixo-peso). Parte está com suspeita de depressão leve/moderada (41,0%), 50,7% são sedentárias ou insuficientemente ativas e 12,7% apresentam dependência funcional para as atividades instrumentais da vida diária.

Estes dados visam a contribuir para a formulação de políticas públicas pelos gestores, de acordo com a realidade identificada no estudo. Os programas devem ser capazes de prevenir ou atenuar a incidência de DCNT, que com muita frequência geram incapacidade, reduzir as incapacidades presentes e combater o sedentarismo. Em simultâneo, podem promover ações para garantir que aqueles que vivam mais de 60 anos possam fazê-lo com dignidade e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúd Públic* 2003; 19(3): 725-33.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade (1980-2050). Rio de Janeiro: IBGE; 2008. [Acesso em 04 set 2009]. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>>
3. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. [Acesso em 04 set 2009] Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Taxa de cobertura de planos de saúde. [Acesso em 03 set 2009]. Disponível em URL: <http://anstabnet.ans.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET_TX.def>
5. Veras RP, et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúd Pública* 2008; 42(3): 497-502.
6. Ramos LR. Determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúd Pública* 2003; 19(3): 793-8.
7. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúd Pública* 1999; 15(3): 487-96.
8. Menezes TN, Souza JMP, Marucci MFN. Avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em Fortaleza/CE: o uso de diferentes indicadores antropométricos. *Rev Bras Cineantropometria & Desempenho Humano* 2008; 10(4): 315-22.
9. Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole; 2005. 482p.
10. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de Informações de Saúde. [Acesso em 03 set 2009]. Disponível em URL: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/al.htm>>
11. Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Illinois: Human Kinetics Books; 1988.
12. Organização Pan-Americana da saúde (OPAS). SABE : Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. [Acesso em 23 jul 2007]. Disponível em URL: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=70>> .
13. Callaway WC, , et al. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual*. Illinois: Human Kinetics Books; 1988.
14. World health organization (WHO). Report of a Consultation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Geneva: Technical Report Series* 894; 2000.
15. Yesavage JA, et al. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17(1): 37-49.
16. Stoppe Júnior A, Jacob Filho W, Louza Neto MR. Avaliação de depressão em idosos através da Escala de Depressão Geriátrica: resultados preliminares. *Revi APB-APAL* 1994 out-dez; 16(4): 149-53.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9(3): 179-186.
18. Matsudo SM, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2001; 6(2): 5-18.
19. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS). Projeto Longitudinal do envelhecimento e aptidão Física de São Caetano do Sul. Disponível em URL: <<http://www.celafiscs.institucional.ws>> em 01 de agosto de 2009.
20. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Promoting physical activity: a best buy in public. 2000. [Acesso 04 set 2009]. Disponível em URL: <http://www.cdc.gov>
21. SABE. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255p.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA, 2006-7). Rio de Janeiro: IBGE; 2007. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>> .

23. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde/Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009.
24. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúd Pública 1999; 33(5): 445-53.
25. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. Ciênc e Saúde colet 2002; 7(4):777-794.
26. DATASUS. Relatórios 2009. [Acesso em set 2009].Disponível em URL: <http://www.hiperdia.datasus.gov.br>.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios . Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 2003. [Acesso em 1 dez 2009].Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>>
28. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 127-41.
29. Machado GPM, Barreto SM, Passos VMA, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. Rev Associação Méd Bras 2004; 50(4): 367-72.
30. Freitas EV. Diabetes mellitus. In: Freitas EV, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 776-786.
31. Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões nordeste e sudeste do Brasil. Rev Associação Méd Bras 2003; 49 (2): 162-6.
32. Noppa H, et al . Longitudinal studies of anthropometric data and body composition. The American Journal of Clinical Nutrition 1980; 33: 155-62.
33. Bós AMG, Bós AJG. Fatores determinantes e consequências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. Rev Bras Ciênc Envelhecimento Humano 2005; 2(2): 36-46.
34. Gazelle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. Rev Saúd Pública 2004; 38(3): 365-71.
35. Matsudo SM. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. Rev. Bras. Educ. Fís. Esp 2006; Supl.5: S135-37.

Recebido: 10/3/2010

Revisado: 14/5/2011

Aprovado: 14/7/2011

Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR

Nutritional status and quality of life in elderly living in long-term care facility in Curitiba, state of Paraná

Patrick Alexander Wachholz¹
Sueleen Cristiane Rodrigues²
Roseli Yamane³

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento, o perfil nutricional pode sofrer forte influência de fatores ambientais, biológicos e sociais, que interferem na ingestão alimentar e no aproveitamento dos nutrientes. Estas modificações podem impactar (positiva ou negativamente) as percepções de qualidade de vida. **Objetivos:** analisar a correlação entre a percepção de qualidade de vida e o estado nutricional em homens idosos institucionalizados em uma unidade de longa permanência, no município de Curitiba-PR. **Metodologia:** Estudo observacional transversal, baseado na aplicação do Inquérito WHOQOL-bref em amostra de 35 idosos, avaliando as correlações das médias dos scores dos domínios e questões gerais do instrumento com variáveis sociodemográficas e do estado nutricional dos idosos segundo três diferentes métodos. **Resultados:** O estado nutricional da amostra segundo o IMC encontrou que 42,8% dos idosos estão com baixo-peso, 34,3% são eutróficos, 8,6% sobrepesos e 14,3% estão com obesidade. Melhores percepções de qualidade de vida correlacionaram-se com estados de sobrepeso segundo o IMC e PCT, e com idades mais jovens. **Conclusões:** Os idosos estudados nesta amostra que demonstraram melhores médias nos domínios que compõem o WHOQOL-bref foram os portadores de sobrepesos e menor idade.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de Vida. Estado Nutricional. Saúde do Idoso.

Abstract

Introduction: With aging, nutritional profile can undergo strong influence of environment factors and biological and social changes which intervene in food intake and the good use of nutrients. These changes could impact (positively or negatively) the quality of life perceptions in the aged. **Objectives:** To analyze the

¹ Cursos de Pós-Graduação em Geriatria e em Gerontologia Clínica e Social. Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil.

² Escola de Saúde, Curso de Nutrição. Faculdades Integradas do Brasil. Curitiba, PR, Brasil.

³ Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Social. Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil.

correlation of the quality of life perceptions and the nutritional status of elderly men institutionalized in a long-term facility in Curitiba city, state of Paraná, Brazil. *Methods*: Observational survey using transversal methodology. WHOQOL-bref inquiry was applied to a selected sample of 35 elderly men, and the correlations of the medians of the domains and general questions from the instrument were analyzed with socio-demographic variables and the nutritional status of the sample, using three different nutritional methods. *Results*: The nutritional status of the sample according to body mass index (BMI) found 42.8% of the elderly with low weight, 34.3% of them eutrophic, 8.6% with overweight and 14.3% classified as obese. Better quality of life perceptions were found to be correlated to overweight nutritional status, according to BMI and tricipital skin fold nutritional status index, and being younger. *Conclusions*: The overweight and the younger elderly from the studied aged sample showed the higher medians in the domains that compose the WHOQOL-bref inquiry.

Key words: Aged. Quality of Life. Nutritional Status. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional de um indivíduo, seja por questões senis (patológicas) ou senescentes (fisiológicas). Diversas alterações que ocorrem naturalmente no organismo que envelhece são capazes de modificar o estado nutricional, incluindo desde mudanças nas fases iniciais do processo de alimentação (falha na mastigação, pela ausência de elementos dentários ou diminuição da secreção salivar, por exemplo), até prejuízos ou redução na eficiência dos processos avançados de absorção e eliminação.¹⁻³

Não obstante, a senescência promove alterações (hormonalmente induzidas ou não) que contribuem para mudanças nos perfis antropométricos desta população, como modificações nos compartimentos de gordura corporal, diminuição da massa muscular magra (sarcopenia), reduções na estatura, pelo comprometimento da densidade mineral óssea vertebral, e redução do percentual de água corporal, dentre outras.²⁻⁶

O reconhecimento e a instituição de intervenções precoces nas anormalidades do estado nutricional no idoso, além de se associarem a menores taxas de morbimortalidade,^{2,7} têm exibido benefício adicional, ao melhorar o grau de satisfação de idosos com a própria saúde, bem como com percepções positivas de qualidade de vida.⁸

O construto *qualidade de vida* é um conceito genérico que procede da interpretação individual do bem-estar subjetivo, e muitas vezes independe das condições de vida e percepções técnicas de saúde intacta, associando-se mais a satisfação com a própria vida e com os valores pessoais e culturais de um indivíduo. Segundo Vecchia,⁹ existem vários aspectos já estudados que podem estar associados à qualidade de vida, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, a capacidade de manutenção de independência para o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Com o propósito de orientar políticas públicas para um envelhecimento bem-sucedido e embasar a formação do profissional de saúde que lida com este segmento etário, parece imprescindível conhecer o que esses idosos efetivamente correlacionam ao seu bem-estar, à felicidade e à realização pessoal – enfim, à boa qualidade de vida.^{10,11}

Embora ainda sejam incipientes os estudos que relacionam qualidade de vida e o estado nutricional de idosos, existem evidências científicas que sugerem a contribuição deste fator para saúde e, indiretamente, para a qualidade de vida.^{2,8,12} O objetivo deste trabalho é analisar a

correlação entre a percepção de qualidade de vida e o estado nutricional em homens idosos institucionalizados.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo quantitativo observacional, de desenho transversal e características descritivas e analíticas. Foi desenvolvido em uma instituição geriátrica filantrópica, sediada no município de Curitiba – PR, destinada ao abrigo exclusivamente de homens, em sua maioria portadores de insuficiência familiar e/ou financeira.

Foram convidados a participar do estudo os idosos residentes na instituição há no mínimo 12 meses, com idade igual ou superior a 60 anos e que apresentassem cognição preservada, necessária para a compreensão das instruções contidas no termo de consentimento informado e para o preenchimento (individual ou assistido) do instrumento de avaliação da qualidade de vida. Foram excluídos os idosos com diagnóstico atual de depressão maior ou outros transtornos psiquiátricos do Eixo II do DSM IV, bem como internos com comprometimento sensorial (auditivo, visual ou da fala) que impossibilitasse a realização da entrevista.

As variáveis que compuseram parte do elenco de informações analisadas foram obtidas a partir dos dados disponíveis no prontuário único multiprofissional dos idosos, que dentre diversas informações contém os registros dos dados antropométricos dos últimos cinco anos, os diagnósticos clínicos, diagnóstico da atual capacidade funcional (pelo índice de independência na execução de atividades básicas de vida diária – Índice de KATZ^{*}) e o diagnóstico cognitivo, reforçado pelo escore da aplicação anual do Mini-Exame de Estado Mental de Folstein (MEEM[†]), além do tempo de institucionalização do idoso.

Os dados antropométricos atualizados, coletados no período do estudo, constituíram-se de: peso aferido em quilos (kg), altura aferida em metros (m), a prega cutânea tricipital (PCT) em milímetros (mm), prega cutânea subescapular (PCSE) em milímetros (mm), a circunferência do braço (CB) em centímetros (cm), altura do joelho (AJ) em centímetros (cm) e circunferência da panturrilha (CP) em centímetros (cm).

O peso foi mensurado a partir de uma balança antropométrica da marca Filizola[®], com capacidade de 150kg e precisão de 100g, com o idoso descalço e usando roupas leves. A estatura foi verificada utilizando-se um estadiômetro vertical fixo à balança. As circunferências foram verificadas com o auxílio de uma fita métrica inelástica com precisão de 1mm e as pregas cutâneas através de calibrador da marca Cescorf[®].

Para os idosos impossibilitados de se aferir a altura e o peso, os dados foram estimados a partir das equações de Chumlea:¹³

ESTATURA ESTIMADA: Homem = $[64,19 - (0,04 \times \text{idade}) + (2,02 \times \text{AJ})]$
 PESO ESTIMADO: Homem = $[0,98 \times \text{CP}] + (1,16 \times \text{AJ}) + (1,73 \times \text{CB}) + (0,37 \times \text{PCSE}) - 81,69]$

Através do peso (P) e altura (A) de acordo com Chumlea,¹³ diagnosticou-se o estado nutricional (EN) através do índice de massa corporal ($IMC = P/A^2$), classificado pelos pontos de corte recomendados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a saber: baixo-peso ($IMC \leq 23 \text{kg/m}^2$), eutrofia ($IMC > 23$ e $< 28 \text{kg/m}^2$), pré-obesidade ($IMC \geq 28$ e $< 30 \text{kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$). Através dos dados da PCT e PCS e CB, foi estimada a quantidade total de gordura subcutânea corporal, segundo a fórmula de Chumlea.¹⁴

* KATZ S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. J Am Med Assoc. 1963;18(12):914-19.

† Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatric Res. 1975; 12:189-98.

A PCT foi utilizada para a classificação do estado nutricional segundo a tabela de percentis da NHANES III[‡], adequada pela equação $PCT(\%) = PCT\ obtida(mm) / PCT\ percentil\ 50 \times 100$, e classificada de acordo com Blackburn & Thornton.¹⁵

Através da CB, classificou-se o EN segundo a tabela de percentis da NHANES I (1971-1974) demonstrada por Frisancho,¹⁶ adequada pela equação $CB(\%) = CB\ obtida(cm) / CB\ percentil\ 50 \times 100$. A tabela 1 apresenta os pontos de corte propostos pelos autores¹⁵ para o EN segundo a PCT e a CB.

Tabela 1 - Classificação do Estado Nutricional segundo a Prega Cutânea Tricipital e a Circunferência do Braço. Curitiba, PR, 2009.

	Desnutrição Grave	Desnutrição Moderada	Desnutrição Leve	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
Percentual	<70%	70 a 80%	80 a 90%	90 a 110%	110 a 120%	>120%

Fonte: Adaptado de Blackburn GL, Thornton PA¹⁴.

A qualidade de vida (QV) dos idosos foi analisada a partir da aplicação do inquérito WHOQOL-bref, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que consiste em 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as demais representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, denominado WHOQOL-100.¹¹

A interpretação obedece à sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL,¹⁷ e a pontuação analisada envolverá o escore 0-100 na análise dos domínios e 4-20 na análise das questões 1 e 2 (Q1 e Q2). Quanto maior a pontuação, melhor a percepção de QV. Por consenso e definição, não existem pontos de corte acima dos quais a percepção possa ser interpretada como boa ou ruim; o resultado deve ser sempre interpretado segundo as médias dentro da própria amostra. A confiabilidade do instrumento na amostra foi mensurada através do teste de alfa de Cronbach, considerando aceitáveis valores superiores a 0,5.

A correlação entre as variáveis antropométricas, estado nutricional e percepções de qualidade de vida foi analisada mediante a aplicação de testes não paramétricos (Qui-quadrado), da análise de

variância das médias entre os grupos (ANOVA) e de correlação (Pearson e Spearman), adotando como significativos valores de $p \leq 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas do Brasil (protocolo de pesquisa nº 001/2009), e respeitou os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além de obedecer aos preceitos contidos na legislação nacional pertinente. Os idosos, antes de convidados, foram orientados sobre o estudo, e os que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A população total de residentes na instituição no período do estudo era de 88 idosos. Destes, 35 idosos (39,79%) preencheram os critérios de inclusão e exclusão propostos pelo estudo. A idade média da amostra foi de 72 (d.p. = 7,77) anos, o mais longo dos residentes com 92 anos. Destes, 15 (42,9%) tinham idades entre 60 e 69 anos, 12 (34,3%) entre 70 e 79 anos, e oito (22,9%) tinham

[‡] American Heart Association. National Center for Health Statistics. NHANES III. Hyattsville: Public Health Service, 1996.

80 anos ou mais. A escolaridade média não ultrapassou 3,71 anos completos de estudo formal, e o tempo médio de institucionalização foi de 7,55 (d.p. = 7,54) anos.

Através da interpretação do Índice de Katz, diagnosticou-se que 29 (82,85%) dos 35 idosos eram independentes, quatro (11,42%) eram dependentes totais e dois (5,71%) eram dependentes parciais para a execução de atividades básicas de vida diária.

A pontuação média da amostra segundo o escore obtido pela aplicação do MEEM foi de 23 pontos (escore 0-30). Tendo em vista a baixa escolaridade da amostra, de acordo com Almeida,¹⁸ este resultado seria suficiente para

sugerir que os idosos não possuíam diagnóstico de demência. Antes da admissão no estudo, porém, o diagnóstico negativo para a condição foi confirmado pela revisão do prontuário médico, sendo excluídos os idosos portadores de síndromes demenciais, independentemente da etiologia e severidade destas.

A análise do estado nutricional (EN) da amostra, adotando os critérios do IMC, demonstrou que 42,8% dos idosos estavam com baixo-peso, 34,3% dos idosos eram eutróficos, 8,6% encontravam-se pré-obesos e 14,3% estavam com obesidade. A tabela 2 apresenta a distribuição do EN segundo o IMC, categorizado segundo os três grupos de diferentes faixas etárias dentro da amostra.

Tabela 2 - Classificação do Estado Nutricional segundo o Índice de Massa Corporal e a faixa etária da amostra, em percentual. Curitiba, PR, 2009.

Faixa etária	Baixo peso	Eutrofia	Préobesidade	Obesidade
60 a 69 anos	33,3	26,6	20	20
70 a 79 anos	75	25	0	0
80 anos ou mais	12,5	62,5	0	25

A análise da classificação do EN obtido pela CB e pela PCT (figura 1) identificou diferenças significativas dentro da amostra, com proporções significativamente superiores de sobrepeso e obesidade segundo a PCT, quando comparada com

o EN segundo a CB. A última, pois, identificou maior proporção de idosos com eutrofia e desnutrição moderada/leve. Segundo a CB, porém, poucos idosos seriam identificados como sobrepeso e nenhum como desnutrido grave e obeso.

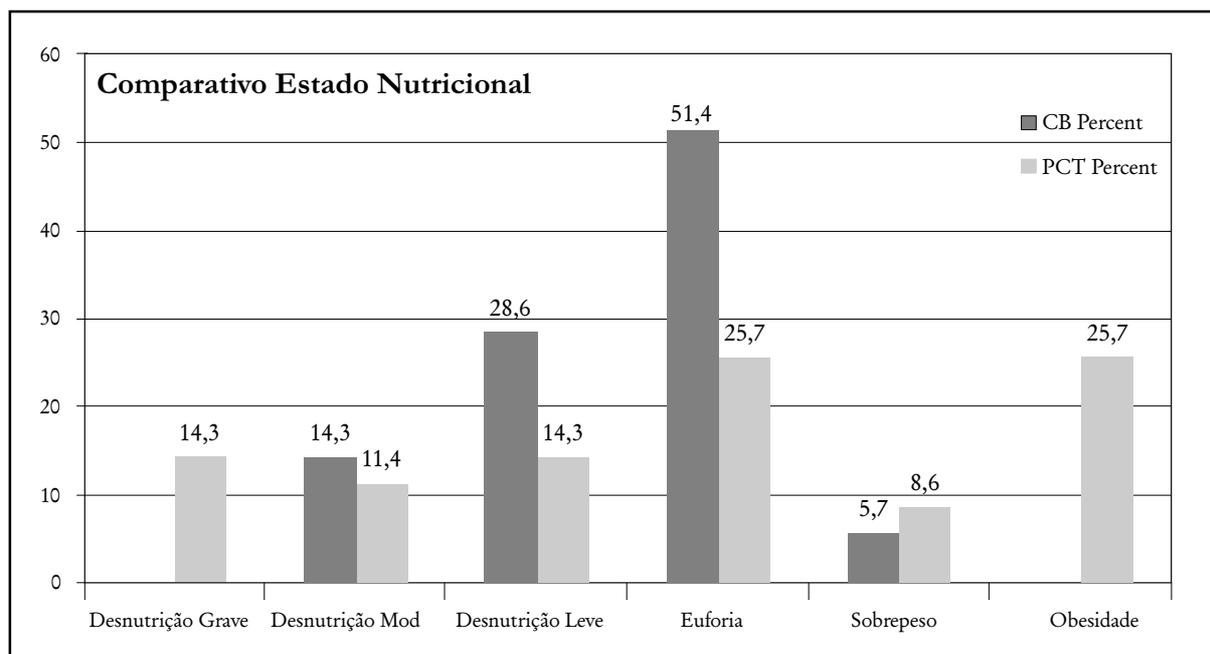


Figura 1 - Comparação da classificação do estado nutricional segundo a interpretação das variáveis antropométricas relacionadas à Prega Cutânea Tricipital e a Circunferência do Braço na amostra estudada. Curitiba (PR), 2009.

A análise da consistência interna (alfa de Cronbach) da aplicação do inquérito WHOQOL-bref na amostra foi de 0,927 para as 26 questões, e manteve-se superior a 0,5 na análise individual de cada um dos quatro

domínios que compõem o instrumento. A pontuação média, consistência interna e questões que compõem os domínios físico, psicológico, relações e meio ambiente encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização das médias dos escores (0-100) dos domínios que compõem o Inquérito WHOQOL-bref na amostra de idosos institucionalizados. Curitiba, PR, 2009.

	alfa*	Questões	Média	Desvio Padrão
Domínio 1 (físico)	,833	Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18	60,81	20,72
Domínio 2 (psicológico)	,719	Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26	58,92	17,91
Domínio 3 (relações sociais)	,625	Q20, Q21, Q22	62,14	18,88
Domínio 4 (meio ambiente)	,750	Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25	56,33	15,87
Q1 †	NA ‡	avaliação geral da qualidade de vida	15,17	5,09
Q2 †	NA	avaliação da satisfação com a saúde	14,82	6,44

* Alfa de Cronbach, medida de avaliação da consistência interna/confiabilidade do instrumento na amostra estudada.

† Q1 e Q2 apresentados no escore 4-20.

‡ Não aplicável.

A pontuação média dos domínios que compõem o WHOQOL-bref e as questões gerais de qualidade de vida (Q1 e Q2) foi maior para os idosos que apresentavam estado nutricional considerado como sobrepeso quando analisados segundo o IMC (Pearson; $p=0,001$), mas a diferença na análise de variância (ANOVA) não foi significativa. Não houve diferença significativa também na análise de correlação e variância das percepções de QV segundo o EN pela CB.

A análise das percepções de QV segundo o EN conforme a PCT evidenciou significativa diferença nas médias dos domínios 3 e 4, destacando associação significativa entre ter sobrepeso e maiores

médias (melhor percepção de QV) nos domínios citados (ANOVA; $p=0,035$ e $p=0,020$, respectivamente). Houve também evidente correlação entre melhores percepções e sobrepeso em todos os domínios (Pearson; $p=0,013$).

A percepção de QV também foi analisada tomando em conta a variação das médias dos escores dos domínios e Q1 e Q2, segundo a distribuição por diferentes grupos etários. Quanto mais jovens eram os idosos analisados, maiores eram as pontuações de todos os domínios do WHOQOL-bref. Encontrou-se diferença significativa, porém, somente quando analisadas as médias do domínio 3 ($p=0,029$).

Tabela 4 - Caracterização das médias dos escores dos domínios mensurados pelo Inquérito WHOQOL-bref de acordo com o estado nutricional segundo índice de massa corporal, prega cutânea tricipital e circunferência do braço na amostra de idosos institucionalizados. Curitiba, PR, 2009.

	Domínio 1 [†]	Domínio 2 [†]	Domínio 3 [†]	Domínio 4 [†]	Q1 [‡]	Q2 [‡]
IMC						
<i>BP</i>	57,8571	51,3889	60,5556	52,0833	13,7500	15,4167
<i>EU</i>	63,3929	63,8889	61,1111	58,0729	15,1042	13,0208
<i>SB</i>	72,6190	68,0556	72,2222	64,5833	19,8333	18,7500
<i>OB</i>	56,4286	64,1667	63,3333	60,0000	16,2500	15,0000
PCT						
<i>DG</i>	63,5714	50,8333	66,6667	51,2500	13,7500	17,5000
<i>DM</i>	73,2143	62,5000	45,8333	54,6875	12,5000	10,9375
<i>DL</i>	50,7143	55,8333	45,0000	46,8750	13,7500	11,2500
<i>EU</i>	53,1746	53,2407	66,6667	50,3472	14,5833	13,8889
<i>SB</i>	86,9048	84,7222	80,5556	80,2083	19,8333	19,8333
<i>OB</i>	58,3333	60,6481	65,7407	63,1944	16,6667	15,9722
CB						
<i>DM</i>	70,0000	52,5000	63,3333	56,8750	13,7500	17,5000
<i>DL</i>	61,4286	58,7500	68,3333	59,3750	16,2500	15,0000
<i>EU</i>	58,9286	60,8796	59,7222	54,8611	15,2778	14,5833
<i>SB</i>	51,7857	58,3333	50,0000	53,1250	12,5000	9,3750

[†] Escore 0-100

[‡] Escore 4-20

No entanto, a análise univariada para determinar se escores mais elevados de QV correlacionaram-se melhor com a idade ou EN não foi possível, pois não houve representantes em todas as categorias de EN em alguns dos métodos. Do mesmo modo, não foi encontrada associação entre as médias do tempo de institucionalização e o estado nutricional ou escores dos domínios do WHOQOL-bref.

DISCUSSÃO

Estudos têm estimado a prevalência de desnutrição na população idosa institucionalizada entre 15 a 20%, podendo atingir cifras de até 60% da amostra pesquisada, de acordo com o método e características da amostra e estudo analisado.^{19,20}

Em nossa amostra de homens idosos institucionalizados, encontramos uma prevalência de baixo-peso segundo o IMC de 48,8% na amostra geral (n = 35). Ao analisar o estado nutricional nos três diferentes segmentos etários, ao contrário do que se poderia esperar, o grupo etário de 80 anos ou mais foi o que mostrou menor prevalência de baixo-peso (12,5%; n = 8).

Quando o estado nutricional foi analisado segundo a interpretação da PCT e CB, a prevalência de desnutrição na amostra total variou entre 11,4% e 28,6%, enquanto a prevalência de eutrofia (que era de 34,3%, segundo o IMC), variou de 25,7% e 51,4%, respectivamente, segundo a PCT e CB.

Sabidamente, o estado nutricional do idoso pode variar significativamente conforme o tipo de domicílio aonde reside o idoso. Estudos realizados com idosos residentes na comunidade mostram anciões com EN predominantemente eutróficos.² Além da questão do tipo de moradia, o gênero também pode influenciar sobremaneira os resultados de inquéritos antropométricos neste segmento etário. Em Fortaleza, Menezes & Marucci⁴ encontraram que os homens institucionalizados apresentaram estatura média superior à das mulheres, e valor médio de peso

significativamente superior em homens quando comparados às mulheres.

Em inquérito realizado em instituição mexicana de longa permanência para idosos, utilizando-se o protocolo de Mini-Avaliação Nutricional[§] (MAN), Álamo e colaboradores¹⁹ encontraram prevalência de desnutrição de 6% em amostra de 55 residentes, mas 12% adicionais apresentavam risco de desnutrição, enquanto 44% da população estudada apresentava obesidade, valor superior a outros estudos, incluindo os achados de nossa população, onde a prevalência de obesidade variou de 14,3% (segundo o IMC) a 25,7% (segundo a PCT).

Rauen et al,²¹ estudando idosos de ambos os gêneros, encontraram valores de IMC que categorizaram 45,5% da amostra em baixo-peso, 33,5% de indivíduos eutróficos, 7,8% de pré-obesos e 13,2% de obesos. Melo²² encontrou resultados semelhantes quando analisou o EN pelo IMC, identificando que para homens idosos prevalecem a desnutrição (70,3 %) e eutrofia (18,5%), ou seja, a maioria da amostra entre os baixo-pesos e eutróficos. No mesmo estudo, ao comparar o EN segundo a PCT, resultados distintos foram encontrados, pois neste 55,5% tinham peso insuficiente, 33,3% eram eutróficos e 11,1% apresentam-se com peso excessivo.

A pesquisa e a produção científica envolvendo a temática da qualidade de vida (QV) tiveram crescimento expressivo nas duas últimas décadas, em especial nos últimos cinco anos. De fato, análises empíricas sobre quais fatores influenciariam positiva ou negativamente a experiência individual ou coletiva do envelhecer vêm sendo rapidamente abandonadas, à medida que instrumentos e pesquisas exploratórias e ensaios clínicos conseguem efetivamente comprovar o impacto significativo que mudanças nestas percepções de QV mantêm com desfechos em saúde e doença.

Estudo publicado por Xavier et al.²³ destaca que 57% da amostra de idosos estudados por esses autores definiam sua atual qualidade de vida como positiva. Os sujeitos que se declaram insatisfeitos

com suas QV tinham mais problemas de saúde e mais sintomas depressivos, além de se preocuparem mais com seu status econômico, quando comparados com os idosos que se declararam satisfeitos. A religiosidade, segundo o mesmo estudo, não pareceu influenciar percepções mais positivas ou negativas.

Analisando fatores associados à qualidade de vida em idosos ativos, Alexandre, Cordeiro & Ramos²⁴ encontraram que não ter vida conjugal, ter maior escolaridade e renda mensal superior ao equivalente a U\$ 687,76 favoreciam percepções positivas da vida neste segmento etário, em amostra com características específicas clássicas de envelhecimento bem-sucedido.

Estudo publicado por Joia et al.,²⁵ realizado com 375 idosos residentes na comunidade, no município de Botucatu(SP), evidenciou que 51,5% dos entrevistados se disseram satisfeitos com a vida em geral e 43,6% declararam-se muito satisfeitos. Os autores conseguiram encontrar associação de melhor satisfação com a vida com conforto domiciliar, não sentir-se só, acordar bem pela manhã, não ser diabético, ter atividades de lazer e, interessantemente, ter três ou mais refeições diárias.

Hickson & Frost,²⁶ ao pesquisar em idosos londrinos a relação entre qualidade de vida, estado nutricional e função física, concluíram que o estado nutricional não influencia a qualidade de vida, mas poderia afetar diretamente a função física. Digno de nota, porém, é o fato de que o estado nutricional, nesse estudo, limitava-se à avaliação do número de refeições diárias, o que agrega significativo viés à interpretação dessas conclusões.

Almeida & Rodrigues,²⁷ pesquisando idosos portugueses institucionalizados, também encontraram elevadas taxas de satisfação com sua qualidade de vida (51,6% da amostra total de 93 idosos). Digno de nota foi a diferença significativa observada entre os gêneros, com muito mais homens declarando melhores percepções de QV, e o fato de que quanto maior foi a idade do entrevistado, piores eram as avaliações.

Nossos dados identificaram melhores percepções de qualidade de vida quando analisadas as médias dos escores dos domínios e questões gerais que compõem o instrumento WHOQOL-bref nos homens idosos com sobrepeso segundo o IMC. A mesma significância, porém, não foi encontrada quando se analisaram as médias dos domínios e questões gerais segundo o EN pela CB.

Associações significativas foram encontradas para os domínios 3 e 4 (relações sociais e meio ambiente, respectivamente) nos indivíduos com sobrepeso conforme a PCT, além de maiores escores em todos os domínios, quando comparados com os idosos desnutridos, eutróficos e obesos. À semelhança dos achados de Almeida & Rodrigues,²⁷ quanto mais jovens eram os idosos da amostra, maiores eram as médias em todos os domínios e também nas questões gerais que avaliaram a qualidade de vida nessa população.

Em acordo com Chachamovich,²⁸ acreditamos que as intervenções em idosos devam possibilitar a manutenção da mobilidade, independência, nível de atividade, participação social e capacidade de responder adequadamente às demandas físicas e psicológicas da velhice. De modo a poder atingir estes objetivos, é impar que se reconheçam quais fatores efetivamente se correlacionam e propiciam qualidade de vida aos anos de vida restantes. Poucos estudos têm, até o momento, se preocupado com a importância e o impacto do estado nutricional nas percepções de qualidade de vida dos idosos, institucionalizados ou não.

Este estudo tem como limitações não ter analisado o impacto da presença de comorbidades, o uso de polifármacia, e outras variáveis na análise da percepção de melhor ou pior qualidade de vida, segundo os escores do WHOQOL-bref. As características da população estudada e a reduzida amostra, do mesmo modo, limitam a extrapolação dos achados desta pesquisa.

Os resultados deste estudo, porém, reacendem a importância da discussão e melhor exploração dos dados encontrados em análises antropométricas, como o estado nutricional, e

seu potencial impacto como um dos fatores a contribuir com percepções mais ou menos positivas ou negativas de qualidade de vida na velhice. E reforçam o imaginário comum (não necessariamente ainda cientificamente comprovado ou descartado) de que idosos com sobrepeso têm mais reserva para atingir idades longevas, e sentem-se fisicamente mais fortes (ou aptos a realizar as atividades necessárias à vida diária) e, portanto, mais satisfeitos com sua vida.

CONCLUSÃO

A percepção de qualidade de vida na amostra foi melhor para os idosos de menor idade, independentemente do estado nutricional. Quanto maior a idade, menores foram as médias dos escores em todos os domínios do WHOQOL-bref.

Analisando o EN através de três métodos, encontramos interpretações diferenciadas de acordo com o método utilizado: de acordo com

o IMC, os idosos com sobrepeso apresentam melhor percepção de QV. O EN pela CB indicou que os idosos eutróficos demonstram melhor percepção de QV, mas também não de modo significativo. O EN encontrado através PCT indicou que idosos com sobrepeso detêm as melhores percepções de QV, principalmente associadas com as questões que envolvem os domínios relações sociais e meio ambiente, o que é condizente com a vida em instituição.

Destaca-se a grande importância da nutrição para a qualidade de vida do idoso nessa instituição, pois tanto pelo IMC quanto pela PCT, a desnutrição e a obesidade revelaram-se indicadores de insatisfação para a qualidade de vida dessa população, quando comparados com seus pares eutróficos ou com sobrepeso.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Professora Carmem Luciane Sanson Abourihan e às Faculdades Integradas do Brasil, pelo apoio institucional.

REFERÊNCIAS

1. Garcia ANM, Romani SAM, Lira PIC. Indicadores Antropométricos em idosos. *Rev. Nutr.* 2007; 20(4): 371-378.
2. Moreira AJ, Nicastro H, Cordeiro RC, Coimbra P, Frangella VS. Composição corporal de idosos segundo a antropometria. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2009; 12(2): 201-213.
3. Busnello FM. Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento. São Paulo: Atheneu; 2007.
4. Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas de Fortaleza-CE. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2): 169-75.
5. Garcia SS, et al. Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. *BMC Public Health* 2007; 7(2):1-9.
6. Ramos LJ. Avaliação do estado nutricional de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre Rio Grande do sul. Dissertação [mestrado em Nutrição]— Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
7. Sonati JG. Caracterização da transição da idade adulta para a terceira idade quanto ao estado nutricional, composição corporal e percepção da qualidade de vida. Campinas. Dissertação [Mestrado em nutrição] — Universidade Estadual de Campinas; 2007.
8. Navarro MLBA, Bennemann RM. Avaliação do estado nutricional de idosos residentes em uma instituição asilar da cidade de Marialva-PR. *Acta Sci. Health Sci.* 2006; 28(2):129-135.
9. Vecchia RD. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras. Epidemiol* 2005; 8(3):246-52.
10. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida dos idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 364-71.
11. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde: características e perspectivas. *Ciênc Saúd Colet* 2000; 5(1):33-38.

12. Metter EJ. Skeletal muscle strength as a predictor of all cause mortality in healthy men. *J Gerontol* 2002; 57(10):359-365.
13. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33:116-120.
14. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* 1988; 88:564-568.
15. Blackburn GL, Thornton PA. Nutrition assessment of the hospitalized patients. *Med Clin North Am* 1979;63:1103-15.
16. Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr* 1981; 34(11): 2540-2545.
17. World Health Organization. Sintaxe SPSS: WHOQOL-bref Questionnaire. [Acesso em out 2009]. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol86.html>>.
18. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998; 56(3-B):605-612.
19. Álamo AC, et al. Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un residencial para personas mayores. *Nutr Hosp* 2008; 23(2): 100-104.
20. Estebán M, Fernández J, Salvado J. Estado nutricional de la población anciana em función del regimen de institucionalización. *Nutr. Hosp.* 2000; 3:64-72.
21. Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Rev. Nutr* 2008; 21(3):303-310.
22. Melo MTS. Avaliação do estado nutricional de idosos residentes em Instituições de longa permanência em Teresina. Teresina. Dissertação [Mestrado em Nutrição]—Universidade Federal do Piauí; 2008.
23. Xavier FMF, et al. Elderly people's definition of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2003; 25(1):31-39.
24. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to the quality of life in active elderly. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(4): 613-621.
25. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre população de idosos. *Rev. Saúde Públ.* 2007; 41(1): 131-138.
26. Hickson M, Frost G. A investigation into the relationships between quality of life, nutritional status and physical function. *Clin Nutr* 2004; 23(2):213-21.
27. Almeida AJS, Rodrigues VMCP. The quality of life of aged people living in homes for the aged. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2008; 16(6): 1025-1031.
28. Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-bref em uma amostra de idosos brasileiros. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Nutrição]— Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Recebido: 24/11/2010

Revisado: 29/3/2011

Aprovado: 12/5/2011

Prevalência de Enteroparasitos em Idosos

Prevalence of Enteroparasites in the Elderly

Luísa Scheer Ely¹
Paula Engroff¹
Gabrielle Tuhtenhagen Lopes¹
Marcele Werlang¹
Irênio Gomes¹
Geraldo Attilio De Carli¹

Resumo

Objetivos: Avaliar a prevalência de parasitos intestinais em idosos que frequentam um ambulatório geriátrico de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (RS), e moradores de duas instituições de longa permanência (ILP) do mesmo município. Analisar a presença de enteroparasitos nos animais de estimação desses idosos. **Metodologia:** O exame parasitológico das fezes (EPF) foi feito para diagnosticar a presença de parasitos nas fezes dos idosos e dos animais de estimação. Os métodos utilizados para a avaliação dos parasitos intestinais nas fezes foram o exame macroscópico, a técnica de sedimentação espontânea (técnica de Lutz ou Hoffman, Pons e Janer) e o método de Baermann-Moraes. As condições socioeconômicas e higiênicas dos pacientes foram avaliadas e, para aqueles que possuíam animal de estimação, foi aplicado um inquérito com os hábitos de higiene dos animais domésticos. **Resultados:** Trezentos e dez idosos foram estudados, com idade média de 78,6 ± 8,4 anos; 77,1% eram mulheres e 22,9% eram homens. A prevalência de enteroparasitos encontrada foi de 12,9% para os idosos que frequentavam o ambulatório geriátrico e 12,9% para os institucionalizados. Os resultados mostraram que não houve associação entre o animal parasitado e o seu dono, pois nenhum idoso que possuía animal de estimação parasitado apresentou positividade pelo EPF. **Conclusão:** A prevalência de enteroparasitos encontrada nos idosos estudados em Porto Alegre foi mais baixa em relação aos dados existentes. Esses resultados mostram que cada região geográfica tem suas peculiaridades socioeconômicas, ambientais e educacionais. Os inquéritos coproparasitológicos devem continuar sendo realizados nos idosos das diferentes regiões do RS e do Brasil para identificar situações particulares, com o objetivo de propor medidas sanitárias e educativas para melhorar o estado de saúde das populações idosas.

Palavras-chave: Doenças Parasitárias. Idoso. Prevalência. Saúde do idoso.

¹ Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Abstract

Objectives: To evaluate the prevalence of intestinal parasites in elderly patients from a geriatric ambulatory in Porto Alegre, Rio Grande do Sul state, Brazil, and in elderly residents of two long-stay institutions in the same city, as well as to evaluate the presence of enteroparasites in the elderly's pets. **Methods:** Stool samples from the elderly and the pets were analyzed through fecal parasitological examination. To evaluate the enteroparasites, macroscopic exam, concentration methods of Hoffman, Pons and Janer and the Baermann-Moraes method were used. Socioeconomic conditions and hygiene habits were evaluated, and for the elderly that had pets a questionnaire about their way of life was applied. **Results:** 310 elderly were studied with mean age of 78.6 ± 8.4 years old, 77.1% were women and 22.9% were man. The prevalence of intestinal parasites was 12.9% for the elderly from the geriatric ambulatory and 12.9% for the institutionalized elderly. The results showed no association between enteroparasites from pets and their owner, because no elder who had a pet with parasitic disease presented positive result in fecal examination. **Conclusions:** The prevalence of enteroparasites in the elderly from Porto Alegre was lower than in other studies. These results showed that each geographic area has its socioeconomic, environmental, and educational peculiarities. The studies should be continued in the elderly from different areas of Rio Grande do Sul and Brazil to identify particular situations. Sanitary measures and education can be proposed based on such studies to improve population health.

Key words: Parasitic Diseases. Aged. Prevalence. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

O último relatório estatístico da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a saúde no mundo indicou que o Brasil apresentou melhora sensível em seus indicadores de saúde entre 1990 e 2007. Esses indicadores mostraram que a expectativa de vida dos brasileiros passou de 66 para 73 anos, e a mortalidade infantil (< 5 anos de idade) caiu de 58/1.000 nascidos vivos para 22/1.000 nascidos vivos, apontando para um incremento na população de idosos.¹ A expectativa de vida dos brasileiros, que em 1900 não alcançava os 35 anos de idade, atingiu 43 anos em 1950 e 68 anos em 2000, com a expectativa de atingir os 80 anos em 2025.² A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11,1%. Os estados do Rio de Janeiro (14,9%) e Rio Grande do Sul (RS) (13,5%) continuam sendo as regiões com o maior número de idosos.³ Em 1998 eram, junto com a Paraíba, os únicos estados em que os idosos representavam mais de 10,0% da população. Atualmente, todos os estados do Sudeste e do Sul, assim como a maioria do Nordeste, já alcançaram essa proporção.⁴

O idoso, na maioria das vezes, apresenta um aumento na suscetibilidade ao desenvolvimento de câncer, doenças autoimunes e infecciosas. Em comparação a indivíduos jovens, os idosos apresentam diversos eventos que os predispõem a infecções, condições que aumentam a morbidade e mortalidade.⁵ Essa alta suscetibilidade dos idosos está associada à diminuição das funções normais do sistema imunológico. A população de linfócitos T é alterada com o avanço da idade, portanto a eficiência dos monócitos/macrófagos em destruir invasores fica prejudicada.⁶⁻⁸ Os idosos residentes nas instituições de longa permanência (ILPs) apresentam maior grau de dependência e de doenças clínicas do que os idosos que vivem na comunidade, apresentando maior risco de adquirir doenças infecciosas. As infecções respiratórias, gastrointestinais, do trato urinário e da pele estão entre as infecções mais comuns nos residentes das ILPs.⁵

Os enteroparasitos contribuem para o comprometimento do estado nutricional dos idosos e da sua saúde. Os idosos geralmente desenvolvem diversas tarefas domésticas no seu

dia a dia, tais como cultivo de hortas caseiras e limpeza do quintal, que podem favorecer a contaminação.⁹ Os parasitos intestinais podem causar a seus portadores obstrução intestinal, desnutrição, anemia ferropriva, diarreia e má absorção.^{10,11}

A transmissão dos parasitos intestinais normalmente ocorre pela contaminação oral por cistos e ovos, pela água e pelos alimentos, e por mãos contaminadas com resíduos fecais de humanos e/ou de animais.¹⁰⁻¹³ Com o aumento do número de animais de estimação nos centros urbanos, a exposição humana aos agentes zoonóticos também aumentou. Embora os cães e gatos sejam, muitas vezes, considerados “membros da família”, é importante enfatizar que eles podem ser vetores de infecções por enteroparasitos.¹³

As campanhas de controle e erradicação das enteroparasitoses não requerem grandes financiamentos, capacidade humana e complexo equipamento médico de alta tecnologia, mas de uma imediata conscientização das populações sobre higiene e educação sanitária, e de uma urgente campanha de tratamento em massa.^{14,15}

Devido à não existência de dados relatando as enteroparasitoses nos idosos no estado do RS, o objetivo deste estudo foi relatar a prevalência de enteroparasitos em idosos que frequentam um ambulatório geriátrico do município de Porto Alegre - RS, e em idosos moradores de duas ILPs do mesmo município, bem como avaliar a presença de enteroparasitos nos animais de estimação (cães e gatos) dos idosos que frequentam o ambulatório geriátrico.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo transversal. A população foi formada por idosos que frequentaram um ambulatório geriátrico do município de Porto Alegre - RS, durante o período de setembro de 2009 a novembro de 2010, e por idosos moradores de duas ILPs do mesmo município durante o período de setembro de 2009 a maio de 2010. Os idosos que frequentavam

o ambulatório geriátrico foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por convênios. As ILPs estudadas abrigam idosos carentes, sendo que aproximadamente 40% não possuem vínculo familiar.

Os critérios de inclusão do estudo foram os idosos terem idade igual ou superior a 60 anos e serem moradores das duas ILPs estudadas, ou frequentarem o ambulatório geriátrico estudado. O critério de exclusão utilizado foi não possuírem condições de responder ao questionário e de colher a amostra das fezes, e de não terem auxílio para a colheita.

Colheita das amostras

Durante as visitas ao ambulatório geriátrico e às ILPs, os idosos receberam informações sobre o propósito do estudo e sobre os problemas de higiene e educação sanitária. Em seguida, houve a obtenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e foi aplicado ao idoso um questionário com dados socioeconômicos e de higiene, além do questionário de inquérito sobre animais domésticos para os idosos do ambulatório geriátrico que possuíam animais de estimação. Foram elaborados dois questionários distintos, levando em consideração o estilo de vida diferenciado entre os idosos institucionalizados e os que viviam em suas residências.

Cada idoso recebeu um pote plástico limpo e seco, com tampa de rosca, para a colheita das fezes humanas e dos animais. Instruções impressas foram entregues para que a colheita das fezes fosse feita corretamente. Colheu-se uma amostra de fezes de cada participante do estudo e de cada animal de estimação. Exames parasitológicos das fezes (EPF) positivos foram encaminhados para orientação de médicos ou de veterinários; após o tratamento, realizou-se um novo EPF.

Métodos de exame

A presença de enteroparasitos foi diagnosticada nas fezes dos idosos e dos animais de estimação

dos pacientes que frequentavam o ambulatório geriátrico. Os métodos utilizados para a avaliação dos parasitos intestinais nas fezes foram o exame macroscópico, para verificar a presença de vermes adultos, a técnica de sedimentação espontânea (técnica de Lutz ou Hoffman, Pons e Janer),^{16,17} para diagnosticar a presença de larvas, cistos e ovos, e o método de Baermann-Moraes,^{16,18} para isolamento de larvas nematóides.

Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) sob o protocolo n.º. 09/04738. Todos os pacientes participantes do estudo assinaram o TCLE.

Análise estatística

O banco de dados foi estruturado em Excel e, posteriormente, analisado no SPSS versão 17.0. Foi calculada a prevalência em cada população com

respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%; a associação entre as prevalências de enteroparasitos em animais e em idosos associadas com os dados socioeconômicos e higiênicos foram testadas pelo teste qui-quadrado. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Foram estudados 310 idosos com média de idade de $78,6 \pm 8,4$ anos; 77,1% eram do sexo feminino e 22,9%, do sexo masculino. A prevalência de enteroparasitos diagnosticada foi de 12,9%. Entre os pacientes da pesquisa, 163 frequentavam um ambulatório geriátrico de Porto Alegre e 147 eram provenientes de duas ILPs do mesmo município. A média de idade dos idosos do ambulatório geriátrico foi de $76 \pm 7,2$ anos, e dos moradores das duas ILPs, foi de $73 \pm 11,3$ anos. A prevalência de enteroparasitos no ambulatório geriátrico e nas ILPs foi de 12,9% (tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de enteroparasitos nos idosos do ambulatório geriátrico e nos moradores das ILPs, no período de setembro/2009 a novembro/2010, Porto Alegre, RS.

EPF [§]	N (%)	IC* 95%
Ambulatório Geriátrico		
Amostras Negativas	142 (87,1)	81,0% - 91,8%
Amostras Positivas	21 (12,9)	8,2% - 19,0%
ILP [#]		
Amostras Negativas	128 (87,1)	80,6% - 92,0%
Amostras Positivas	19 (12,9)	8,0% - 19,4%
TOTAL		
Amostras Negativas	270 (87,1)	82,8% - 90,6%
Amostras Positivas	40 (12,9)	9,5% - 17,3%

[§]EPF = Exame Parasitológico das Fezes; *IC = Intervalo de Confiança;

[#]ILP = Instituições de Longa Permanência

A tabela 2 identifica a prevalência dos enteroparasitos associada aos dados demográficos e de higiene dos idosos estudados. Essa tabela possui alguns resultados que são referentes

somente ao questionário feito para os idosos do ambulatório geriátrico, pois estas questões não se aplicam à realidade dos idosos moradores de ILPs.

Tabela 2 - Prevalência de enteroparasitos, dados demográficos e de higiene dos idosos do ambulatório geriátrico e das duas ILPs de setembro/2009 a maio/2010, Porto Alegre, RS.

	População N (%)	Prevalência de enteroparasitos %	P
Sexo			
Feminino	239 (77,1)	12,6	0,735
Masculino	71 (22,9)	14,1	
Idade			
60-69 anos	46 (14,8)	15,2	0,029 [#]
70-79 anos	127 (41,0)	18,1	
80 ou mais	137 (44,2)	7,3	
Escolaridade [¥]			
Até Ensino Fundamental	136 (83,4)	14,7	0,099
Ensino Médio ou mais	27 (16,6)	3,7	
Moradia [¥]			
Casa	135 (82,8)	15,6	0,014 [#]
Apartamento	28 (17,2)	0,0	
Alimentação [¥]			
Verduras e frutas	15 (9,2)	40,0	0,011 [#]
Carnes, pães e massas	5 (3,1)	0,0	
Tudo	143 (87,7)	10,5	
Costuma lavar frutas e verduras [¥]			
Sim, com água	138 (84,7)	13,0	0,593
Sim, com água sanitária	25 (15,3)	12,0	
Trabalha no jardim/horta			
Sim	88 (28,4)	13,6	0,808
Não	222 (71,6)	12,6	
Lava as mãos antes das refeições			
Sim	257 (82,9)	12,5	0,601
Não	53 (17,1)	15,1	
Lava as mãos após defecar			
Sim	264 (85,2)	11,4	0,050 [#]
Não	46 (14,8)	21,7	
Renda familiar [¥]			
Até 1 SM*	13 (8,0)	23,1	
1-2 SM	94 (57,7)	11,7	0,417
2-3 SM	50 (30,7)	14,0	
Mais de 4 SM	6 (3,7)	0,0	
Limpeza da região anal [§]			
Papel higiênico	105 (71,4)	11,4	0,375
Água	40 (27,2)	15,0	
Não faz	2 (1,4)	50,0	
Possui coceira na região anal [§]			
Sim	19 (12,9)	5,3	0,255
Não	128 (87,1)	14,1	
Realizou EPF [§] anteriormente			
Sim	228 (73,5)	13,6	0,544
Não	82 (26,5)	11,0	
Tomou antiparasitário anteriormente			
Sim	162 (52,3)	13,0	0,974
Não	148 (47,7)	12,8	

* SM = Salário Mínimo; § EPF = Exame Parasitológico das Fezes; [#] P < 0,05; [¥] Dados somente do Ambulatório Geriátrico; [§] Dados somente das ILPs. ILPs = Instituições de Longa Permanência.

Os resultados mostraram que não houve associação entre o animal parasitado e o seu dono, pois nenhum idoso que possuía animal de estimação parasitado apresentou positividade no

EPF (tabela 3). Nem todos os idosos que tinham animal de estimação trouxeram as fezes dos animais para a realização do EPF, portanto o exame foi feito nas fezes de 39 animais (cães e gatos).

Tabela 3 - Prevalência de enteroparasitos em 65 idosos do ambulatório geriátrico que possuíam animal de estimação em relação aos hábitos dos animais. Porto Alegre, RS, de setembro/2009 a novembro/2010.

	População N (%)	Prevalência de enteroparasitos nos idosos %	P
Possui animal de estimação			
Sim	65 (39,9)	12,3	0,858
Não	98 (60,1)	13,3	
Possui animal de estimação parasitado			
Sim	5 (3,1)	0,0	0,497
Não	158 (96,9)	13,3	
Animal			
Gato	15 (23,1)	6,7	0,403
Cachorro	50 (76,9)	14,0	
Onde vive o animal			
Dentro do domicílio	20 (30,8)	5,0	0,223
No pátio (rua)	45 (69,2)	15,6	
Frequenta a cozinha			
Sim	44 (67,7)	11,4	0,512
Não	21 (32,3)	14,3	
Vacinado			
Sim	46 (70,8)	8,7	0,166
Não	19 (29,2)	21,1	
Toma vermífugo			
Sim	49 (75,4)	10,2	0,306
Não	16 (24,6)	18,8	
Onde costuma defecar			
Cozinha	4 (6,2)	0,0	
Banheiro	12 (18,5)	16,7	0,680
Área de serviço	48 (73,8)	12,5	
Rua	1 (1,5)	0,0	

Os parasitos não-patogênicos foram os mais frequentes nos idosos, 47,9% para *Entamoeba coli* e

29,2% para *Endolimax nana*. O parasito intestinal mais prevalente nos cães foi o *Trichuris* spp (tabela 4).

Tabela 4 - Enteroparasitos encontrados em idosos moradores das duas ILPs, em pacientes do ambulatório geriátrico e em animais de estimação dos idosos. Porto Alegre, RS, período de setembro/2009 a novembro/2010, Porto Alegre, RS.

Enteroparasitos	ILPs# N (%)	Ambulatório Geriátrico N (%)*	Animais de Estimação N (%)*	Total N (%)
Entamoeba coli	9 (47,5)	14 (60,9)	-	23 (47,9)
Endolimax nana	7 (36,9)	7 (30,4)	-	14 (29,2)
Entamoeba histolytica/ E. díspar**	-	2 (8,7)	-	2 (4,2)
Trichuris trichiura	1 (5,2)	-	-	1 (2,1)
Enterobius vermicularis	1 (5,2)	-	-	1 (2,1)
Strongyloides stercoralis	1 (5,2)	-	-	1 (2,1)
Ancilostomídeos	-	-	1 (16,7)	1 (2,1)
Trichuris spp.	-	-	4 (66,6)	4 (8,3)
Taenia spp.	-	-	1 (16,7)	1 (2,1)
Total N (%)	19 (100)	23 (100)	6 (100)	48 (100)

* Mais de um parasito por pessoa ou animal de estimação.

** O diagnóstico laboratorial diferencial entre *Entamoeba histolytica* e *E. díspar* não pode ser realizado tomando-se como base a morfologia, a não ser que sejam vistas hemácias ingeridas pelos trofozoítos (*E. histolytica*).

ILPs = Instituições de Longa Permanência

DISCUSSÃO

Devido à não-existência de dados sobre a prevalência de enteroparasitos em idosos no estado do RS, torna-se muito difícil estimar a repercussão do parasitismo intestinal sobre a saúde e a economia da população de idosos estudados em Porto Alegre.^{11,15}

A prevalência de enteroparasitos encontradas nos idosos estudados em Porto Alegre foi de 12,9%, tanto para os idosos institucionalizados quanto para os idosos que frequentavam o ambulatório geriátrico.

Essa taxa de positividade foi menor do que em outros estudos realizados no Brasil e na América Latina. Hurtado-Guerreiro et al. (2005) encontraram, em Nova Olinda, estado do Amazonas, uma prevalência de 72,8% de enteroparasitoses em 81 idosos.⁹ Sánchez et al. (1999) analisaram 161 idosos atendidos em um hospital da Costa Rica, onde encontraram uma

prevalência de 26,5% da população parasitada por helmintos e protozoários.¹⁹ Chen et al. (1998) estudaram a prevalência de enteroparasitos em 493 idosos chilenos e encontraram 37,8% da população parasitada.²⁰ Araújo e Correia (1997) estudaram 365 idosos de João Pessoa, no estado da Paraíba, e verificaram a percentagem de 55,1% de parasitos intestinais.²¹ Esses resultados mostram que cada região geográfica tem suas peculiaridades socioeconômicas, ambientais e educacionais. É evidente, pois, que as populações que deram origem às amostras apresentam características diferentes, não oferecendo dados comparáveis. Com isso, sua significância se mostra limitada.^{11,15}

Os resultados obtidos em nosso inquérito mostraram que os parasitos não-patogênicos representaram 77,1% dos casos positivos, ou seja, 47,9% para *E. coli* e 29,2% para *E. nana*. Outros estudos^{9,19,20,21} apresentam alta prevalência de *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Blastocystis hominis*, *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica/E. díspar*. Neves et al. (1995) e Ludwig et al. (1999) afirmam que,

com o passar dos anos, há uma tendência para a diminuição progressiva nas taxas de prevalência de enteroparasitos em adultos, principalmente para *A. lumbricoides*, explicada pela mudança de hábitos de higiene e pelo desenvolvimento de uma imunidade progressiva de longa duração contra os parasitos.^{22,23}

Esta pesquisa mostrou que a prevalência de enteroparasitos entre homens e mulheres foi semelhante tanto nos idosos institucionalizados quanto nos pacientes do ambulatório geriátrico. O resultado pode ser observado em outros estudos, indicando que as infecções por enteroparasitos não dependem do sexo.²⁴⁻²⁷ Quanto à faixa etária, a pesquisa mostrou que os idosos acima de 80 anos apresentam menor taxa de infecção por enteroparasitos, provavelmente pelo fato de que muitos deles são dependentes e têm menos contato com o ambiente externo.^{2,3}

Os idosos que relataram se alimentar de verduras e frutas tiveram um índice de infecção por enteroparasitos maior do que aqueles que se alimentam de carnes, pães e massas. Provavelmente esse fato explica a alta prevalência de enteroparasitos não-patogênicos, pois são considerados um indicador de alimentos e água contaminados por matéria fecal.²⁸ Outro fato que pode explicar a maior prevalência dos parasitos não-patogênicos é o hábito de não lavar as mãos após defecar ou antes das refeições, reafirmando que o saneamento básico e a educação sanitária são as mais importantes medidas de higiene que devem ser implementadas.^{9,14,15,19,28}

Os idosos que possuíam no máximo o ensino fundamental apresentaram índice de infecção de 14,7%. Essa prevalência foi estatisticamente significativa quando comparada com os idosos que estudaram além do ensino fundamental. Esses dados reforçam que os maiores índices de infecções por enteroparasitos estão entre as populações com pouca educação e baixo nível socioeconômico, nas quais os padrões de vida, de higiene ambiental e de educação sanitária são inadequados e deficientes.^{11,14,15,19,21}

Em relação à moradia, a positividade para parasitos intestinais foi encontrada apenas nos idosos que residiam em casas (15,6%). As casas facilitam o contato com o ambiente externo, favorecendo o contato com o solo, que é um dos fatores importantes para a infecção humana através de geo-helmintos.^{29,30}

Neste estudo, não foi encontrada associação entre a presença de parasitoses intestinais nos idosos e em seus animais de estimação. Os resultados mostraram que 12,3% dos idosos que possuíam animal de estimação estavam parasitados, enquanto 13,3% dos idosos que não possuíam cães e gatos também estavam parasitados.

A despeito dos baixos índices de infecção por enteroparasitos nos idosos que possuem animais domésticos deste estudo, deve-se levar em consideração que o cuidado com a saúde do animal de estimação e do homem inclui o controle das infecções parasitárias, especialmente nas crianças e nos idosos, que são as populações mais suscetíveis.^{31,32}

Visto que as infecções, mesmo quando moderadas, se tornam expressivas em hospedeiros imunodeprimidos ou com diminuição das funções normais do sistema imune, como os idosos, é essencial que os pacientes sejam examinados para se detectar a presença de parasitos através de exames repetidos, periódicos e/ou por diferentes procedimentos de diagnóstico. Os idosos mais vulneráveis sofrem não só os efeitos sobre seu estado imunológico, como também as repercussões sobre seu estado nutricional.^{6,7,8}

As infecções por enteroparasitos podem ser controladas com eficácia, quando o estado socioeconômico de uma região e as condições sanitárias do meio ambiente são implementados e quando são implantadas outras medidas, como a educação para a saúde e a avaliação do estado nutricional da população. Tradicionalmente, a educação sanitária visa a promover os hábitos de higiene, favorecer uma nutrição adequada e criar condições ambientais condizentes ao sadio desenvolvimento físico e mental da população em geral.^{11,14,15,27,28}

CONCLUSÕES

O estudo alcançou seus objetivos e demonstrou sua importância quanto à prevalência de parasitos intestinais na população idosa. Este inquérito provavelmente é o único que tem estudado as parasitoses intestinais em idosos no RS, pela inexistência de citações na literatura científica.

Não nos parece lícita uma comparação imediata entre os resultados apresentados pelos diferentes inquéritos no Brasil e na América Latina, por terem sido feitos com amostras não padronizadas da população estudada e usando-se técnicas coprológicas de exame tampouco padronizadas.

Na prevenção das infecções parasitárias, é necessário identificar a fonte e o modo da infecção, que podem diferir em áreas geográficas e períodos sazonais. Entretanto, os inquéritos e as pesquisas devem continuar sendo realizados nos idosos das diferentes regiões do RS e do Brasil, para identificar situações particulares. O objetivo é propor medidas sanitárias e educacionais para melhorar o estado de saúde das populações.

Estudos de prevalência são necessários não só para se mensurar o problema das altas taxas de morbidade associadas a essas parasitoses, mas também para gerar dados para o planejamento de ações governamentais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Health Statistics . Geneva: WHO;2009
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Pesquisa (IBGE). Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. 164-83p.
3. Chaimowics F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saud Pública 1997; 31(2): 184-200.
4. Coelho Filho JF. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Rev Saud Pública 2000; 31(6): 666-71.
5. Boás PJFV, Ferreira ALA. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. Rev Associação Méd Brasileira 2007; 53(2): 126-9.
6. Wu D, Meydani SN. Age-associated changes in immune and inflammatory responses. J. Leukocyte Biol 2008; 84: 1-15.
7. Peres A, Nardi NB, Chies JAB. Imunossenescência: o envolvimento das Células T no Envelhecimento. Biociências 2003; 11(2): 187-94.
8. Albright JW, Albright JF. Ageing alters the competence of the immune system to control parasite infection. Immunology Letters 1994; 40(3): 279-85.
9. Hurtado-Guerrero AF, Alencar FH, Hurtado-Guerrero JC. Ocorrência de enteroparasitos na população geronte de Nova Olinda do Norte : Amazonas, Brasil. Rev Acta Amazonica 2005; 35(4): 487-90.
10. Brandt LJ. Bloody Diarrhea in an Elderly Patient. Gastroenterology 2005; 126: 157-63.
11. Assis M, Borges FP, Santos RCV, *et al.* Prevalência de enteroparasitos em moradores de vilas periféricas de Porto Alegre. Rev Bras de Análises Clínicas 2003; 35(4): 215-7.
12. Guerrant RL, Gilder TV, Steiner ST, *et al.* Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea. Infectious Diseases Society of America Guidelines 2001; 32: 331-51.
13. Lourenço AEP, Uchoa CMA, Bastos OMP. Hospital food handlers in Niterói intestinal parasitism. Arq Latinoamericanos de Nutrición 2004; 54(4): 345-401.
14. De Carli GA, Tasca T, Machado ARL. Parasitoses Intestinais. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 1465-75p.
15. Pavelecini RD, Borges FP, Michel RV, *et al.* Prevalência de infecções pelo *Strongyloides stercoralis* em uma área específica, vila dos papeiros, na cidade de Porto alegre. Rev Bras Análises Clínicas 2004; 36(1): 19-21.
16. De Carli GA. Parasitologia Clínica: seleção de métodos e técnicas de laboratório para o diagnóstico de parasitoses em Humanos. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008. 906p.
17. Hoffman WA, Pons JA, Janer SL. The concentration methods in schistosomiasis mansoni. J Public Health 1934; 9: 281-98.

18. Baermann G. Eine einfache Methode zur Auffindung von Ankylostomun (Nematoden). In: Baermann G. Batavia: Neded Geneesk Labt Welteverden Feestbundel; 1917. 41-7p.
19. Sánchez A, Mora J, Hernández F. Prevalencia de parasitos intestinales en adultos mayores, Hospital Raúl Bianco Cervantes. Rev Costarricense de Cienc Med 1999; 20(3-4): 167-73.
20. Chen SH, Codoceo A, Carrasco O, *et al.* Enteroparasitosis em La poblacion de La tercera edad consultante em centros médicos de La Pontificia Universidad Catolica de Chile. Parasitologia al día 1998; 22(3-4): 114-6.
21. Araújo CFF, Correia JS. Frequência de parasitoses intestinais em idosos dos núcleos da Prefeitura de João Pessoa. Rev Bras Análises Clínicas 1997; 29(4): 230-1.
22. Ludwig KM, Frei F, Alvares Filho F, *et al.* Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis. Rev Soc Bras Med Tropical 1999; 32(5): 547-55.
23. Neves DP, Melo AL, Genaro O, *et al.* Parasitologia Humana. 9. ed. São Paulo: Atheneu; 1995. 524p.
24. De Carli GA, Mentz M, Rott MB, *et al.* Prevalência das enteroparasitoses na população urbana e rural da região carbonífera da cidade de Arroio dos Ratos. Rev Bras Análises Clínicas 1997; 78(4): 83-5.
25. Neves DP, Melo AL, Genaro O, *et al.* Parasitologia Humana. 9. ed. São Paulo: Atheneu; 1995. 524p.
26. Ishiyama S, Rai SK, Ono K, *et al.* A small scale study on intestinal parasitosis in a remote village in Nepal. Nepal Medical College Journal 2003; 5: 28-30.
27. Rai SK, Matsumura T, Ono K, *et al.* Intestinal parasitosis in an "unknown disease outbreak" hit rural hilly area in western Nepal. Nepal Medical College Journal 2000; 2: 61-4.
28. Santos RCV, Hoerlle JL, Aquino ARC, *et al.* Prevalência de enteroparasitoses em pacientes ambulatoriais do Hospital Divina Providência de Porto Alegre. Rev Brás de Análises Clínicas 2004; 36(4): 241-3.
29. Rey L. Parasitologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 930p.
30. Melo MCB, Klem VGQ, Mota JAC, *et al.* Parsitoses intestinais. Rev Méd 2004; 14: 3-12.
31. Lorenzini G, Tasca T, De Carli AG. Prevalence of intestinal parasites in dogs and cats under veterinary care in Porto Alegre. J of Veterinary Research and Animal Science 2007; 44(2): 137-45.
32. Mentz MB, Rott MB, Jacobsen SIV, *et al.* Frequência de ovos de *Toxocara* spp. em três parques públicos da cidade de Porto Alegre. Rev Patologia Tropical 2004; 33(1): 105-12.

Recebido: 16/11/2010

Revisado: 17/3/2011

Aprovado: 14/7/2011

Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador

Conflicts on the relationship between caregivers and the elderly: the caregivers' viewpoint

Verônica Lopes Carneiro¹
Lucia Helena de Freitas Pinho França¹

Resumo

Este estudo investigou os conflitos no relacionamento entre os cuidadores e seus idosos, na visão de 100 cuidadores, residentes no Estado do Rio de Janeiro, e que preencheram um questionário sob a forma de entrevista. O estado civil do idoso e o nível de escolaridade do cuidador foram avaliados como possíveis variáveis que poderiam influenciar a frequência dos conflitos. Alguns itens do instrumento de solidariedade entre idosos e cuidadores de Lowestein, Katz, Mehlhausen-Hassoen e Prilutzky (2005) foram adaptados e utilizados para construir e validar uma Escala de Frequência de Conflitos Percebidos entre o Cuidador e o Idoso (ECPCI), tipo Likert, variando de 1 (sempre) a 5 (nunca). A ECPCI apresentou excelente consistência teórica ($\alpha = 0,91$), e de sua análise fatorial emergiram duas dimensões: *aborrecimentos no dia a dia* ($\alpha = 0,91$) e *críticas e conflitos* ($\alpha = 0,83$). O criticismo dos mais velhos com os cuidadores apresentou a maior frequência, e a mais baixa foi o aborrecimento em ter que cuidar dos idosos. Os idosos que não tinham parceiros apresentaram mais conflitos com os cuidadores do que os idosos que viviam com parceiros ($t = 2,76$; $p < 0,05$). Nenhuma correlação foi encontrada entre o nível de escolaridade do cuidador e seus conflitos com o idoso. Sugerem-se estratégias para a redução destes conflitos, como estimular as organizações a oferecerem cursos para a melhoria das habilidades de comunicação interpessoal entre cuidadores e idosos, bem como a profissionalização desta emergente e importante carreira para a sociedade brasileira.

Palavras-chave:
Relacionamento
interpessoal. Cuidadores.
Idosos. Escala de conflitos.

¹ Universidade Salgado de Oliveira, Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Niterói, RJ, Brasil.

Artigo baseado na dissertação de Mestrado de Verônica Lopes Carneiro, defendida em 2009 na Universidade Salgado de Oliveira-Universo.

Abstract

This study investigated the conflicts between caregivers and the elderly in their care, from the viewpoint of 100 caregivers, living in the State of Rio de Janeiro who filled in a questionnaire, during an interview. The marital status of the elderly and the level of schooling of the caregivers were assessed as possible variables influencing the frequency of the conflicts. Some items of an instrument of a study of solidarity between elderly and their caregivers by Lowenstein, Katz, Mehlhausen-Hassoen e Prilutzky (2005) were used to build and validate the Scale of Perceived Conflicts between Caregivers and the Elderly (ECPCI), covering ten items in a Likert type, from 1 (always) to 5 (never). The ECPCI afforded excellent internal consistency ($\alpha = 0.91$), and factorial analysis originated two dimensions: annoyance on a daily basis ($\alpha = 0.91$) and criticism and conflicts ($\alpha = 0.83$). The criticism of the caregivers by the-elderly is the highest frequency item, and the lowest was the annoyance in regard to taking care of the elderly. The elderly who do not have partners have more conflicts with the caregivers than the elderly who live with partners ($t = 2.76$; $p < 0.05$). No correlation was found between the level of the caregivers' schooling and their conflicts with the elderly. Finally, strategies are suggested in order to reduce these conflicts: for instance, encouraging organizations to offer courses to caregivers to improve interpersonal communication skills and general ageing knowledge, as well as encouraging care as an emergent and important career in Brazil.

Key words: Interpersonal relationship. Caregivers. Elderly. Conflict scale.

INTRODUÇÃO

Entre 1998 e 2008, a expectativa de vida no Brasil deu um salto de quase quatro anos, passando de 69 para 73 anos. Hoje o número de pessoas com mais de 60 anos atinge 12% do total da população brasileira, mas as projeções para 2050 indicam que esta proporção alcançará 22,7%.¹ Um dos maiores desafios da atualidade é manter o bem-estar para essa população que aumenta vertiginosamente.

Do total de idosos brasileiros, um terço reside com seus cônjuges (33,2%), quase a metade mora com seus filhos (44,6%), 21,2% residem com outro parente e 1% mora com não-parentes. Embora a família ainda represente um recurso importantíssimo para a manutenção do bem-estar da grande maioria dos idosos brasileiros, muitos vivem em instituições de longa permanência, significando 0,8% da população idosa.² Entretanto, para mantê-los por maior tempo possível no seio familiar, é necessário priorizar o apoio e a instrumentalização da família cuidadora, sobretudo a realização de pesquisas que possam fundamentar propostas e medidas em prol dos idosos e de seus cuidadores em suas residências.

Manter os idosos menos dependentes e ter familiares que possam cuidar dos seus idosos parece ser uma boa estratégia para lidar com o custo do envelhecimento. Segundo Caldas,³ a dependência de um indivíduo é caracterizada pela incapacidade de realizar as atividades básicas da vida. A dependência é constituída por um somatório de incapacidades e necessidades dos indivíduos, sendo que estes podem ser modificados se houver condições e assistência adequadas.

As atividades básicas de vida diária são representadas por alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se e locomover-se por conta própria. As atividades instrumentais de vida diária são realizar compras, tarefas domésticas, administrar medicações ou manusear dinheiro. As atividades avançadas de vida diária referem-se à automotivação para o trabalho, atividades de lazer, contatos sociais e exercícios físicos. A não-realização dessas atividades pelo idoso pode ser representada por diversos graus de dependência, como independente, leve, parcial ou total.

Duca, Silva & Hallal⁴ constataram que 26,8% dos idosos de uma pesquisa realizada no município de Pelotas necessitavam de cuidados para atividades básicas de vida diária, ou seja, tinham um grau de dependência parcial e, portanto, os cuidadores os ajudavam a realizar tais atividades. O cuidador de idoso é alguém, familiar ou não, que oferece assistência e tem a responsabilidade pelo cuidado regular ao idoso. Ainda segundo Leme,⁵ o cuidador pode ser formal (profissional) ou informal (familiares e amigos).

A saúde do idoso despertou interesse mundial nas Assembleias Mundiais de Envelhecimento em Viena (1992) e em Madri. Nesta última, a Organização Mundial de Saúde⁶ propôs a *Política de Envelhecimento Ativo*, que preconizou, entre outras medidas, a oferta de treinamento e educação para acompanhantes de idosos. Seguindo a proposta de Envelhecimento Ativo da OMS, o Ministério da Saúde lançou, em julho de 2009, o Programa Nacional de Formação de Cuidadores, no qual até 2011 serão treinados 65 mil cuidadores por 36 escolas técnicas do SUS em todo o país.^{7,8}

O reconhecimento do cuidador-familiar é uma forma de gratidão ao idoso pela dedicação prévia deste à família. Montezuma, Freitas & Monteiro⁹ apontam que o crescimento pessoal, o senso de autorrealização e o sentimento de gratificação são benefícios decorrentes do ato de cuidar. Contudo, os cuidadores podem apresentar sintomas de estresse e menor nível de satisfação em viver, comparados à população em geral.¹⁰

Os sintomas de estresse podem ser representados pela sobrecarga de trabalho do cuidador em relação ao idoso. Essa sobrecarga é considerada por Pearlin, Mullan, Semple & Skaff¹¹ como um tipo de estressor primário, assim como os conflitos familiares e os conflitos entre o cuidado e o trabalho do cuidador são considerados estressores secundários. Apesar de os sentimentos negativos existirem na relação cuidador-idoso, estes podem gerar um ônus ou não para o cuidador. Este ônus pode acontecer caso o cuidador apresente baixa resiliência, conflitos e desfuncionalidade em relação ao idoso¹². Além disso, fatores como gênero, idade,

saúde, ocupação, personalidade do cuidador e a história do relacionamento cuidador-idoso podem ser considerados como estressores e interferir também no relacionamento.¹⁰

Na tentativa de solucionar a sobrecarga de cuidado, alguns cuidadores familiares estabelecem uma escala de plantão, na qual aqueles que moram próximos quanto os que moram longe assumem tarefas para com os idosos dependentes. Nessa redefinição de papéis e estabelecimento de tempo de dedicação entre os cuidadores familiares, podem ocorrer conflitos intensos de relacionamento.⁸

De acordo com Bengtson, Giarusso, Mabry & Silverstein,¹³ o conflito faz parte da relação de solidariedade entre pais e filhos, como se fosse sua extensão. Para esses autores, a solidariedade compreende as dimensões do relacionamento que podem ser organizadas de forma que exista uma dialética entre os opostos, tais como intimidade e distância; dependência ou autonomia; integração e isolamento, havendo a formação de diferentes arranjos de relacionamento derivados dessas dimensões. Esses conflitos também são observáveis não apenas entre pais e filhos, mas entre os idosos e seus parceiros cuidadores, que tenham ou não algum grau de parentesco. Nota-se que, na presente pesquisa, muitos idosos eram cuidados por seus filhos (35%). Na literatura, Torres et al.¹⁴ encontraram apenas 15,4%. No estudo de Neri et al., 21,6% dos cuidadores (filhos desses idosos) moravam com os mesmos em 1997.¹⁵

Após o falecimento do cônjuge do idoso, os filhos têm um sentimento de obrigação filial pelo idoso, com base em sentimentos de amor.¹⁶ Isto é bastante observado nos países de culturas coletivistas, como os asiáticos e os latinos. Além disso, existe uma relação de reciprocidade entre o filho e o idoso, mais do que propriamente solidariedade.¹⁵ Quando o cuidador filho apresenta dependência econômica e vive na mesma casa que o idoso, pode ficar estressado,¹⁷ desencadeando um tipo de conflito como o mau-trato ao idoso.¹⁸ As mulheres cuidadoras relatam mais ônus no cuidado¹⁹ e quando não assumem o cuidado, podem ser alvo de conflitos familiares.¹⁵

Os estudos sobre conflitos interpessoais entre idosos e cuidadores abrem possibilidades para a adoção de posturas a serem introduzidas na educação escolar, no trabalho, na família, de forma a reduzir os conflitos. Sobretudo, podem fornecer dados para estimular uma relação mais harmoniosa entre cuidadores e idosos. Neste sentido, esta pesquisa priorizou o estudo do relacionamento interpessoal entre idosos e seus cuidadores, familiares ou não, especialmente os conflitos percebidos pelos cuidadores e os primeiros.

Dentre esses estudos, destacam-se a pesquisa de Silverstein, Chen & Heller,²⁰ revelando que o estado civil do idoso e o apoio em excesso recebido por ele estavam correlacionados à maior predisposição para conflitos com seus cuidadores. Kalmijn²¹ ressaltou que os idosos que não tinham companheiros recebiam menor apoio dos cuidadores. Ainda segundo o autor, além do estado civil do idoso, o nível educacional dos cuidadores poderia influenciar o conflito entre eles.

O presente estudo teve por objetivo testar uma escala de conflitos cuidadores-idosos e averiguar a influência do estado civil do idoso e

do nível de escolaridade do cuidador, em função dos possíveis conflitos entre eles.

Método

A presente pesquisa adotou a linha quantitativa, utilizando-se de um questionário (anexo 1) que foi preenchido por 100 cuidadores dos idosos, com a assistência do pesquisador principal. Conforme será descrito nos subitens subsequentes, foi construída a Escala de Conflitos no Relacionamento Cuidador-Idoso (ECRCI), avaliada pelos cuidadores. Alguns itens do instrumento de solidariedade entre idosos e cuidadores de Lowestein, Katz, Mehlhausen-Hassoen e Prilutzky²² foram adaptados e utilizados para construir e validar a escala ECPCI, tipo Likert, variando de 1 (sempre) a 5 (nunca). Além de testar e validar a ECRCI, esta pesquisa teve como objetivo testar a influência de duas variáveis sociodemográficas, como o estado civil do idoso e o nível de escolaridade do cuidador, nos conflitos observados pelos cuidadores em seu relacionamento com os idosos. As duas hipóteses foram influenciadas pelo trabalho de Kalmijn,²¹ como descritas abaixo.

QUESTIONÁRIO – Anexo 1

ESCALA DE CONFLITOS PELO CUIDADOR NO SEU RELACIONAMENTO COM O IDOSO - ECPCI

Com que frequência você se aborreceu com este (a) idoso (a) nos últimos 6 meses, em relação a:

1 = SEMPRE 2 = QUASE SEMPRE 3 = ALGUMAS VEZES 4 = RARAMENTE 5 = NUNCA

1. PEQUENAS IRRITAÇÕES DIÁRIAS (Pa 20)	1	2	3	4	5
2. QUESTÕES DE DINHEIRO (Pa 20)	1	2	3	4	5
3. RELACIONAMENTO PAIS E FILHOS DO IDOSO (Pa 20)	1	2	3	4	5
4. DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS OU FUMO (Pa 20)	1	2	3	4	5
5. CRENÇAS E VALORES (Pa 20)	1	2	3	4	5
6. CUIDADO COM AS DOENÇAS DESTE IDOSO (Pa 20)	1	2	3	4	5
7. DEVERES E RESPONSABILIDADES (Pa 20)	1	2	3	4	5
8. CONFLITOS E TENSÕES ENTRE VOCÊS (Pa 17)	1	2	3	4	5
9. CRITICISMO DO IDOSO EM RELAÇÃO A VOCÊ (Pa 18)	1	2	3	4	5
10. DISCUSSÕES ENTRE VOCÊ E O IDOSO (Pa 19)	1	2	3	4	5

Fonte: Questões adaptadas do questionário utilizado no Projeto OASIS por Lowestein , Katz , Mehlhausen-Hassoen & Prilutzky (2005).

Obs. 1: O item 3 se refere aos aborrecimentos do cuidador com a família do idoso. No caso do cuidador ser o filho ou a filha deste idoso, o aborrecimento se refere a outro membro da família.

Obs. 2: Pa 17, Pa18 e Pa 20, referem-se às questões que foram selecionadas e adaptadas do questionário OASIS.

Hipóteses do estudo

Kalmijn²¹ ressaltou que os idosos que não tinham companheiros recebiam menor apoio dos cuidadores. Assim, este estudo verificou se há correlação significativa entre a variável de viver ou não com companheiro e a frequência de conflitos no relacionamento cuidador-idoso, conforme disposto abaixo:

Hipótese 1: Os idosos que não possuem companheiros (as) apresentam maiores níveis de conflito com seus cuidadores do que os idosos que vivem com companheiros.

Kalmijn²¹ assinalou, ainda, que a maior predisposição a conflitos no relacionamento pode ocorrer quando os cuidadores têm alto nível de educação. Assim, este estudo testou a existência de correlação significativa entre o nível de escolaridade dos

cuidadores e a frequência dos conflitos dos cuidadores-idosos, conforme hipótese formulada a seguir.

Hipótese 2: Os cuidadores com maior nível de escolaridade apresentam maiores índices de conflito com os idosos do que cuidadores com menor nível de escolaridade.

Participantes

Participaram deste estudo 100 cuidadores de idosos de 18 anos ou mais, dentre os quais pessoas de três grupos residentes de locais distintos: Paquetá (31 cuidadores), Maricá-Itaipuaçu (47 cuidadores), e outro formado por cuidadores residentes de locais diversos do Estado do Rio de Janeiro (22 cuidadores). A opção pelos dois primeiros bairros se justifica pela conveniência de a pesquisadora trabalhar nos dois respectivos

postos de saúde, o que de certa forma facilitou o acesso aos cuidadores desses idosos. Entretanto, para completar o número dos participantes necessários para a testagem da escala de dez itens, solicitou-se aos profissionais de saúde de Paquetá e de Maricá que indicassem cuidadores de outros locais para a aplicação dos questionários restantes. Por este motivo, a amostra foi caracterizada como de conveniência.

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ser maior de 18 anos e estar cuidando de pelo menos um idoso, familiar ou não deste cuidador. Foram convidados 133 cuidadores que atendiam ao critério de inclusão, mas só aceitaram participar desta pesquisa 100 cuidadores. A média de idade dos cuidadores era de 52 anos, variando entre 18 e 88 anos, e a maioria era do sexo feminino (77%). Em torno de 65% eram casados ou viviam juntos. O nível de escolaridade desse grupo foi bem distribuído, com a metade tendo no máximo instrução de nível médio, 23% possuíam nível técnico, pouco mais

de um quarto possuía nível superior, mas 5% eram analfabetos.

Quanto à situação financeira desses cuidadores, quase a metade declarou estar em situação financeira razoável, apenas um quarto admitiu enfrentar dificuldades financeiras e um quinto estava em situação confortável. A grande maioria (96%) desses cuidadores não recebia gratificação financeira por ser o cuidador do idoso. Metade dos participantes se declarou como o único cuidador, e pouco mais de um terço dos cuidadores dividiam as tarefas de “cuidar” com outras pessoas. Pouco mais que um décimo (13%) não se definia como cuidador, mas como acompanhante, embora na interpretação dos autores deste estudo todos desempenhavam a função de cuidar de seus idosos. Aproximadamente metade era casada ou vivia junto com parceiro. Um terço era viúva, e outros 5%, divorciados e solteiros. Estes dados sociodemográficos dos cuidadores estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos cuidadores. Niterói, RJ, 2010.

Variáveis		F	F%	F% acumulada
Sexo	Feminino	77	77	77
	Masculino	23	23	100
Idade	Até 51 anos	51	51	50
	52 ou mais	48	49	100
Estado civil	Casado	47	47	47
	vivendo junto	18	18	65
	Viúvo	4	4	69
	Divorciado	13	13	82
	Nunca foi casado	18	18	100
Escolaridade	Analfabeto	5	5	5
	Fundamental	27	27	32
	Médio	19	19	52
	Nível técnico	22	22	74
	Nível superior	26	26	100
Situação Financeira	Muito difícil	6	6	6
	Dificuldades	18	18	24
	Razoável	52	52	76
	Confortável	23	23	99
	Muito confortável	1	1	100
Estado Ocupacional	Empregado	33	34	34
	Aposentado	32	33	67
	Dono(a)-de-casa	11	11	78
	Estudante	3	3	81
	Conta própria	15	16	97
	Outros	3	3	100
Carga Horária	Até 20h	58	58	58
	20-39 h	10	10	68
	40h ou mais	32	32	100
Número de Cuidadores	Um cuidador	50	50	50
	Mais de um cuidador	37	37	87
	Não é cuidador	13	13	100

Instrumento

O instrumento de pesquisa foi baseado em um questionário (anexo 1) utilizado pelo projeto OASIS, coordenado pela Dra. Ariella Lowenstein,²² que por meio de 54 itens avaliou o relacionamento entre idosos e cuidadores

residentes em cinco países da Europa. O questionário utilizado no projeto OASIS foi traduzido para o português pela segunda autora, nativa na língua portuguesa e fluente na língua inglesa. Do instrumento original, foram selecionados e adaptados apenas dez itens que abordavam os conflitos cuidadores-idosos,

formando, assim, a Escala de Conflitos Percebidos pelo Cuidador no Relacionamento com o Idoso (ECPCI). Logo após a seleção dos itens e tradução para o português, o novo instrumento foi traduzido novamente para a língua inglesa, por um professor de inglês nascido na Inglaterra e residente no Brasil há muitos anos. Para verificar a clareza, o instrumento foi testado com o grupo de pesquisa que a segunda autora coordena na Universidade, e confirmou-se que realmente testava o que se propunha no nível conceitual e semântico. Assim, o instrumento foi aplicado, sob forma de entrevista, pela pesquisadora a 100 cuidadores de idosos, residentes nos bairros Ilha de Paquetá (Rio de Janeiro), Itaipuaçu (Maricá) e, em menor proporção, em outros bairros do município do Rio de Janeiro.

Procedimentos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), sendo aprovado sob o número 67-2008. Além do Comitê de Ética da Universidade, o projeto foi submetido também ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), aprovado sob o número 22-09. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e cada entrevista durou em média 30 minutos.

No bairro Ilha de Paquetá, a pesquisa foi conduzida nos domicílios dos moradores idosos de três partes do bairro (centro, norte e sul), pré-selecionados por meio de uma lista de idosos residentes na região. Os participantes foram contatados por telefone pela pesquisadora e convidados para participar, sendo-lhes explicados o objetivo e a relevância da pesquisa. Setenta e três cuidadores foram convidados para participar da pesquisa, mas apenas 38 aceitaram participar. Em função do número reduzido de cuidadores em Paquetá e do tempo exíguo para a realização da coleta de dados, a pesquisa foi também realizada em outro local, e a amostra que pretendia ser representativa dos idosos de Paquetá foi transformada em uma amostra de conveniência. Assim, o segundo local para aplicação de pesquisa

foi um Posto de Saúde em Itaipuaçu, onde a pesquisadora também trabalhava.

No bairro de Itaipuaçu, foi obtida a autorização prévia da Superintendência de Saúde Coletiva do município de Maricá e da chefia do posto de saúde local. Os cuidadores dos idosos responderam ao questionário, também sob forma de entrevista, no posto de saúde local, antes ou após terem sido atendidos pelos profissionais do ambulatório e emergência do posto. O tempo de aplicação também foi o mesmo de Paquetá (30 minutos), e igualmente o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes. Dos 60 cuidadores convidados em Itaipuaçu, 47 aceitaram ser entrevistados.

As amostras de Paquetá e a de Itaipuaçu somaram apenas 78 participantes. De modo a testar a escala de frequência de conflitos cuidador-idosos de dez itens (ECPCI), foi preciso obter uma média de dez participantes para cada item. Assim, para completar o mínimo de 100 cuidadores necessários para a análise estatística da pesquisa, foram convidados mais 22 cuidadores, indicados por profissionais da área de saúde que trabalhavam com a pesquisadora. A amostra total foi composta por 100 cuidadores, homens e mulheres, residentes no Rio de Janeiro, com 18 anos ou mais, parentes ou não dos idosos que cuidavam.

Análise estatística

Concomitantemente à aplicação dos questionários, os dados (escores brutos) foram lançados na base de dados do sistema SPSS, versão 16.0. Para a caracterização da amostra total, foram calculados médias, percentuais e desvios-padrões das variáveis sociodemográficas.

Foram efetuados a análise fatorial e o teste de fidedignidade da escala de conflitos. Para testar as hipóteses, utilizou-se a Correlação de Pearson. Foram então apresentadas as possíveis correlações entre a reciprocidade e o conflito e as variáveis independentes relacionadas aos idosos, como estado civil do idoso e nível de escolaridade do cuidador. O cruzamento das variáveis foi realizado

com as médias de cada dimensão resultante da análise fatorial das escalas de conflito e de reciprocidade, e suas respectivas dimensões.

Após a inserção dos dados dos questionários no banco de dados, eles foram armazenados em local específico da Universidade e ficarão em poder dos pesquisadores pelos próximos cinco anos, quando serão destruídos.

RESULTADOS

As características dos participantes foram descritas acima. Abaixo seguem os dados sociodemográficos dos idosos e os demais resultados obtidos nesta pesquisa.

Grupo dos idosos

A média de idade dos idosos era de 72 anos (DP = 7,97) variando de 59 a 93 anos, e mais da metade era do sexo feminino (55,7%). A maioria (80%) dos idosos declarou escolaridade baixa (um décimo de analfabetos e 70% dos participantes possuía até o ensino fundamental). Da mesma forma que no caso dos cuidadores, aproximadamente metade dos idosos (47%) apresentou uma situação financeira razoável, cerca de um terço declarou viver confortavelmente, e apenas um quarto dos idosos (24%) declarou viver com muita dificuldade financeira.

Pouco mais que a metade (61%) era casada ou vivia junto com parceiro, um terço era viúvo e apenas 2% de solteiros. A maioria dos idosos tinha algum grau de parentesco (92%) com os cuidadores, como parceiros (41%) e pais dos cuidadores (35%). Os outros graus de parentesco distribuíam-se entre avós (7%), irmãs (4%), outros parentes (3%), sogros e sogras (2%). Um percentual reduzido de idosos (8%) não era parente.

Quanto ao grau de dependência física dos idosos avaliada pelos cuidadores, quase a metade foi avaliada como independente. Entretanto, 29% destes idosos apresentaram pouco e razoável dependência, e 23% foram considerados como muito ou extremamente dependentes. Estas categorias de dependência diziam respeito à capacidade do idoso para alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se, realizar compras, tarefas domésticas, administrar medicações e manusear dinheiro. Segundo a definição de Caldas,³ a dependência de um indivíduo é apontada como a incapacidade de realizar as atividades básicas da vida que são caracterizadas em atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida.

As atividades básicas de vida diária são representadas por alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se e locomover-se por conta própria. As atividades instrumentais de vida diária são realizar compras, tarefas domésticas, administrar medicações ou manusear o dinheiro. A não realização dessas atividades pelo idoso pode ser representada por diversos graus de dependência como independente, leve, parcial ou total.² Os autores deste artigo decidiram representar os graus de dependência em: independente, de 1 a 5, sendo 1 = totalmente dependente (todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária eram realizadas com a ajuda do cuidador), 2 = muito dependente (muitas atividades básicas e instrumentais da vida diária eram realizadas com a ajuda do cuidador), 3 = razoavelmente dependente (quando o idoso precisava de ajuda para se vestir ou para tomar um medicamento), 4 = pouco dependente (o idoso precisava apenas de apoio ou companhia para a realização de poucas atividades básicas e instrumentais); e finalmente 5 = totalmente independente de alguém para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Os dados dos idosos estão dispostos na tabela 2.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e dependência física dos idosos. Niterói, RJ, 2010.

Variáveis		F	%	% válidos
Idade	até 71 anos	48	48	49
	72 ou mais	49	52	100
Sexo	masculino	43	46	46
	Feminino	50	54	100
Estado civil	Casado	48	48	48
	vivendo junto	13	13	61
	Viúvo	34	34	95
	Divorciado	3	3	98
	Solteiro	2	2	100
Escolaridade	Analfabeto	10	10	10
	Fundamental	48	49	59
	Médio	21	21	80
	Nível técnico	9	9	89
	Nível superior	8	8	97
	Pós-graduação	3	3	100
Situação Financeira	Muito difícil	6	6	6
	Dificuldades	17	17	23
	Razoável	47	47	70
	Confortável	29	29	99
	Muito confortável	1	1	100
Parentesco	Esposo	41	41	41
	Mãe	25	25	66
	Pai	10	10	76
	Avô	1	1	77
	Avó	6	6	83
	Sogro	1	1	84
	Sogra	1	1	85
	Irmã	4	4	89
	Outro parente	3	3	92
	Não-parente	8	8	100
	Dependência Física	Totalmente dependente	9	9
Muito dependente		14	14	24
Razoavelmente		17	17	41
Pouco dependente		11	11	52
Independente		47	49	100

Escala de conflitos percebidos pelo cuidador no relacionamento com o idoso (ECPCI)

A ECPCI foi construída para avaliar a frequência dos conflitos percebidos pelo cuidador

no seu relacionamento com o idoso. Os itens utilizados e modificados da escala OASIS²² relacionados ao conflito foram: ch25 – conflitos e tensões entre idosos e cuidador; ch26 – quantas vezes este idoso e crítico em relação a você; ch27 –

quantas vezes você discute com seu idoso. E, finalmente, foram selecionados sete dos oito itens da questão ch28 – que avaliava a frequência dos aborrecimentos do cuidador com o idoso. Os sete itens selecionados e adaptados foram pequenas irritações diárias, questões de dinheiro, questões de relacionamento pais e filhos, drogas, bebidas alcoólicas ou fumo, crenças e valores, cuidado com as doenças do idoso(a) e os aborrecimentos relativos aos deveres e responsabilidades deste idoso. Interessante assinalar que o questionário OASIS²² utilizou uma escala de 1 a 6, que avaliava o conflito em termos de quantidade que se misturava com frequência, ou seja, (1) nenhuma das vezes, (2) um pouco, (3) algumas vezes, (4) muito, (5) bastante, e (6) extremamente. Por outro lado, o instrumento OASIS²² avalia a percepção dos idosos e dos cuidadores, e a intenção desta pesquisa foi avaliar apenas a visão do cuidador. Portanto, apenas dez

itens foram selecionados e adaptados, e avaliaram a frequência dos conflitos entre cuidador e idoso, em termos de periodicidade, dispostos em tipo Likert, com graduações em ordem decrescente de frequência, variando de 1 – sempre a 5 – nunca (tabela 3). Quanto maior o grau atribuído, menos frequente era o conflito percebido pelo cuidador no seu relacionamento com o idoso.

A média geral da ECPCI apresentada pelos participantes desta pesquisa foi de 3,27 (DP = 1,14). Ou seja, os conflitos observados pelos cuidadores com seus idosos foram considerados razoavelmente frequentes. O item criticismo do idoso com o cuidador obteve a menor média, representando o maior conflito entre cuidadores e idosos. O item aborrecimentos relativo aos deveres e responsabilidades obteve a maior média, ou seja, representou o menor conflito entre eles.

Tabela 3 - Escala de conflitos percebidos pelo cuidador (ECPCI). Niterói, RJ, 2010.

Ítems da escala	N	M	DP	Cargas Fatoriais		h ²
				D1	D2	
Aborrecimento por drogas	93	3,62	1,82	0,86	0,19	0,78
Aborrecimento pelas responsabilidades	93	3,67	1,67	0,85	0,24	0,78
Aborrecimento por dinheiro	93	3,44	1,69	0,77	0,36	0,71
Aborrecimento por crenças/ valores	93	3,37	1,62	0,75	0,36	0,69
Aborrecimento pelas doenças	93	3,01	1,61	0,73	0,14	0,56
Relacionamento pais e filhos	93	3,43	1,61	0,69	0,48	0,71
Irritações diárias com o idoso	93	3,10	1,34	0,47	0,45	0,42
Criticismo com o cuidador	93	2,83	1,21	0,12	0,84	0,71
Discussão com o cuidador	93	3,13	1,31	0,41	0,80	0,81
Conflitos e tensões	93	3,08	1,14	0,25	0,78	0,67
Percentual de variância explicada (total = 68,41)				56,96	11,43	
Eigenvalues				5,70	1,14	
Coeficiente Alfa de Cronbach (Escala total $\alpha = 0,91$)				0,92	0,83	
Casos válidos				93	93	

Nota: Esta medida compreende 10 ítems apresentados numa escala Likert, variando de 1 = sempre a 5 = nunca.

Análise fatorial da escala (ECPCI)

Noventa e três cuidadores preencheram todos os itens desta escala, o que significou uma relação aproximada de dez pessoas por item, considerada aceitável à aplicação da técnica análise fatorial.²³ A ECPCI apresentou o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,89, o que significa que a amostra estava adequada, de acordo com Tabachnick & Fidel;²⁴ e o teste de esfericidade de Bartlett de 558,67 ($df = 45$; $p < 0,001$) apontou para a fatoriabilidade da matriz. Os dados foram submetidos à análise dos componentes principais, com rotação *varimax*, e seus resultados também reforçados pelo desempenho do *scree plot*, utilizando-se o critério de *eigenvalue* maior do que 1. Assim, como pode ser observado na tabela 3, as duas dimensões que obtiveram *eigenvalue* acima de 1 emergiram da ECPCI e explicaram um total de 68,41% da variância total da escala.

A primeira dimensão foi nomeada de aborrecimentos no dia a dia, e compreendeu sete itens, a saber: aborrecimentos com drogas, aborrecimentos por responsabilidades e deveres, aborrecimentos por questões de dinheiro, aborrecimento por crenças/valores, aborrecimento por doenças, aborrecimento em relação ao relacionamento pais e filhos e irritações diárias com o idoso, explicando 56,96% da variância. As cargas fatoriais variaram de 0,47 a 0,86. A média desta dimensão foi de 3,35 (DP = 1,31).

A segunda dimensão, denominada criticismo e conflitos, foi formada por três itens: criticismo

do idoso com o cuidador, discussão do idoso com o cuidador e conflitos/tensões, explicando 11,43% da variância. As cargas fatoriais variaram de 0,78 a 0,84. A média desta dimensão foi de 3,06 (DP = 1,05), menor do que a da primeira dimensão, ou seja, a presença do criticismo e dos conflitos foi mais frequente do que de aborrecimentos do dia a dia.

Fidedignidade da escala (ECPCI)

A média de correlações inter-item da escala ECPCI foi de 0,51, e as correlações do item-total situavam-se entre 0,42 e 0,81. A escala apresentou excelente nível de consistência interna ($\alpha = 0,92$; $n = 93$). A primeira dimensão aborrecimentos do dia a dia apresentou excelente consistência interna ($\alpha = 0,91$; $n = 93$); com correlações de item-total variando de 0,42 a 0,78. A média das correlações inter-item desta dimensão foi de 0,58. A segunda dimensão criticismo e conflitos apresentou bom índice de confiabilidade ($\alpha = 0,83$; $n = 93$), com correlações de item-total variando de 0,67 a 0,81. A média das correlações inter-item desta dimensão foi de 0,62. A síntese desta escala com seus resultados pode ser observada na tabela 4.

Para a análise da matriz de correlações entre os itens da escala ECPCI, foi utilizada a orientação de Miles & Shevlin,²⁵ que classifica a magnitude dos coeficientes de correlação de acordo com os seguintes intervalos: 0,10 a 0,29 (baixa); 0,30 a 0,49 (moderada) e $> 0,50$ (elevada),

Tabela 4 - Síntese da escala de conflitos percebidos pelo cuidador (ECPCI) e suas dimensões. Niterói, RJ, 2010.

Escala total e suas dimensões	N	Média	DP	Cronbach Alfa	Cargas fatoriais	Média inter-item
ECPCI (total)	93	3,27	1,14	0,92	Entre 0,47- 0,86	0,51
D1	93	3,35	1,31	0,91	Entre 0,47- 0,86	0,58
D2	93	3,06	1,05	0,83	Entre 0,78- 0,84	0,62

Nota: D1-Aborrecimentos no dia a dia (7 itens); D2-Criticismo e conflitos (3 itens). Variações da escala 1 = sempre a 5 = nunca.

Teste das hipóteses da pesquisa

Hipótese 1 - Os idosos que não possuem companheiros(as) apresentam mais conflito com seus cuidadores do que os idosos que vivem com companheiros. Foi realizado o teste *t* para grupos independentes ($t = 2,76$; $p < 0,05$) e esta hipótese foi confirmada. Assim, os idosos que não possuíam companheiros apresentaram maiores índices de conflito no relacionamento com seus cuidadores ($M = 2,88$; $SD = 1,32$) do que os idosos que possuíam uma relação estável ($M = 3,52$; $SD = 0,93$).

Hipótese 2: Os cuidadores com maior nível de escolaridade apresentam maiores índices de conflito com os idosos do que cuidadores de menor nível de escolaridade. Esta hipótese não foi confirmada, pois o nível de escolaridade não se correlacionou com o conflito entre cuidadores e idosos, na escala geral ($r = 0,14$; $p > 0,05$; $n = 93$), ou nas dimensões D1 ($r = 0,11$, $p > 0,05$) e D2 ($r = 0,69$, $p > 0,05$).

As correlações referentes às duas hipóteses podem ser observadas na tabela 5.

Tabela 5 - Correlações entre os conflitos percebidos pelo cuidador ((ECPCI) e suas dimensões e nível de escolaridade dos cuidadores. Niterói, RJ, 2010.

Variáveis	N	M	DP	1	2	3
1- Escolaridade	99	1,48	0,50			
2- D1	93	3,35	1,31	.11		
3- D2	93	3,06	1,05	.69	.63**	
4- ECPCI	93	3,27	1,14	.14	.96**	.80**

Nota: D1: Aborrecimentos no dia a dia; D2: Criticismo e conflitos; Variações da escala: 1=sempre a 5 = nunca.

DISCUSSÃO

O objetivo deste artigo foi apresentar os conflitos de relacionamento dos idosos e seus cuidadores, na percepção deste último, e verificar se o estado civil do idoso e o nível de escolaridade dos cuidadores influenciavam os conflitos entre eles. Foi construída e validada uma escala de conflitos percebidos pelos cuidadores (ECPCI). Dos itens avaliados na escala de conflitos, o criticismo com o cuidador foi o que representou maior conflito, seguido do item aborrecimento por doenças. Os itens que revelaram menor frequência de conflito entre o cuidador e o idoso foram aborrecimento por responsabilidades e aborrecimento pelo uso de drogas. Da análise fatorial da ECPCI, emergiram duas dimensões: a primeira representou os **aborrecimentos do dia a dia** e a outra dimensão representou o **criticismo e os conflitos**.

Os aborrecimentos diários podem ser interpretados como uma insatisfação com os

cuidados oferecidos ao idoso no cotidiano. Cattani & Girardon-Perlini¹⁶ relataram que o sentimento de insatisfação do cotidiano do cuidado pode ocasionar conflitos entre o cuidador e o idoso. A insatisfação do cuidado no cotidiano pode se dever ao despreparo do cuidador em cuidar do idoso, e isto, vinculado à sobrecarga de trabalho do cuidador, pode desencadear o conflito.¹⁷ No presente estudo, foi encontrada uma média baixa de aborrecimentos diários do cuidador em relação ao idoso.

Das duas hipóteses testadas pela pesquisa, apenas a primeira foi confirmada. Ou seja, que os idosos que não possuíam companheiros(as) apresentaram maior nível de conflito com seus cuidadores do que idosos que viviam com companheiros. Ou seja, o estado civil do idoso está correlacionado tanto na escala geral, quanto nas duas dimensões de conflitos: de aborrecimentos diários e de criticismo e conflitos. Essa hipótese reforçou o resultado encontrado por

Kalmijn,²¹ segundo qual idosos que não tinham companheiros recebiam menor apoio dos cuidadores.

Vale destacar que as lembranças do relacionamento passado entre idosos e o cuidador exercem influência no tipo de conflito atual entre eles. No estudo de Neri et al.,²⁶ quase a metade dos cuidadores estudados relatou lembranças ruins no relacionamento passado com o idoso. Este aspecto é importante porque idosos que tiveram relações conflituosas no passado tendiam a suscitar sentimentos negativos pelos cuidadores.²⁶ Neri et al. apontam ainda que os sentimentos negativos referentes aos cuidadores, quando relacionados ao domínio social e psicológico, apresentaram percentuais em torno de 44 a 48%, mais baixos quando comparados aos sentimentos positivos relacionados aos cuidadores.²⁶ Estes sentimentos negativos incluíam conflitos familiares, com o trabalho, sobrecarga, rejeição da incapacidade do idoso pelos outros familiares não-cuidadores, compaixão pelo idoso e irreversibilidade da doença. Na presente pesquisa, o conflito dos idosos com seus companheiros apresentou-se menor do que com os não-companheiros, e não identificamos se estes não-companheiros tinham ou não lembranças dos idosos na relação passada.

O conflito por aborrecimento por doenças foi considerado como o segundo maior tipo de conflito entre o cuidador e o idoso. Nos resultados observados na pesquisa de Neri et al.,²⁶ os idosos com alta dependência e doenças altamente incapacitantes apresentavam conflito frequentes com a família, mas não com o cuidador.

A segunda hipótese não foi confirmada, visto que a escolaridade dos cuidadores não influenciou a frequência dos conflitos com os idosos, tanto na escala geral quanto nas suas dimensões. Isto contraria o resultado da pesquisa de Kalmijn²¹ como apontado anteriormente, e o estudo de Szydlik,²⁷ que apontou a existência de correlação entre a maior escolaridade dos filhos e o maior grau de conflito destes com os pais idosos. Talvez esses resultados tenham sido diferentes porque a

maioria dos participantes da nossa pesquisa não era constituída por filhos (35%), mas por parceiros (41%), e no estudo de Szydlik,²⁷ o conflito foi proveniente apenas do relacionamento com os filhos cuidadores. Outra possível explicação para esta diferença seria porque os cuidadores da nossa pesquisa viviam com os respectivos idosos, diferentemente dos cuidadores investigados por Szydlik,²⁷ dos quais nem todos moravam na mesma casa dos idosos.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa trazem alguns subsídios que podem ajudar a compreender o relacionamento de cuidadores com idosos residentes no Rio de Janeiro. Os conflitos mais frequentes eram o criticismo ao cuidador, que podem ser interpretados como não aceitação do idoso em ser cuidado por aquela pessoa. É importante ressaltar a necessidade da oferta de grupos de discussão e de apoio para cuidadores, preferencialmente coordenados por psicólogos ou assistentes sociais, para serem analisados os aspectos que influem positiva ou negativamente os conflitos, de forma a fortalecer este relacionamento. Este apoio é muito importante para todos os cuidadores, mas se for preciso aplicar um critério de seleção por vaga em algum grupo de apoio psicológico para os cuidadores, aqueles que cuidam de idosos que não vivem com parceiros talvez sejam os prioritários no atendimento.

A amostra foi composta por três grupos de diferente localização (Paqueta, Itaipuaçu e outros bairros do Rio de Janeiro), mas o número de participantes de cada grupo foi insuficiente para uma comparação entre eles. Apesar disto, a amostra como um todo (100 cuidadores) revelou aceitabilidade no tamanho, principalmente levando-se em conta que a escala de frequência de conflitos cuidador-idoso (ECPCI) possui dez itens, e que a proporção foi de aproximadamente dez participantes por item avaliado. A ECPCI apresentou alto nível de confiabilidade e consistência interna. Futuras pesquisas poderão confirmar a validade do instrumento com uma amostra maior, inclusive comparando-se as diferenças entre a percepção de

conflitos, na visão dos idosos e na visão dos cuidadores. Recomenda-se ainda a comparação entre as diferenças existentes entre os conflitos que são apresentados pelos cuidadores parceiros (a maioria nesta pesquisa) e pelos cuidadores que são os filhos dos idosos, de acordo com o que foi observado na revisão de literatura.

Recomenda-se ainda que a pesquisa seja replicada em outros postos de saúde do Estado do Rio de Janeiro não somente para fins comparativos, mas para investigar alternativas para a prevenção de conflitos em cada representação de posto de saúde. Uma das alternativas é a promoção de atitudes de resiliência para os cuidadores de idosos, de forma a ajudá-los a reconhecer os problemas do lidar com os idosos, comunicá-los abertamente e ter consciência dos recursos e estratégias para resolvê-los.²⁸

É preciso assinalar a importância das pessoas do sexo masculino compartilharem com as mulheres o cuidado com os idosos, já que a maioria dos cuidadores são mulheres. Esta divisão igualitária de responsabilidades deveria ser reforçada pela mídia, diante da manutenção do idoso na família.

Finalmente, deve-se ressaltar incentivo necessário, por parte do governo, para a criação da profissão de cuidador remunerado, profissional importantíssimo frente ao rápido processo de envelhecimento da sociedade, e ainda raro no Brasil, de forma a se estender o atendimento domiciliar a um maior contingente de idosos. Tal medida poderá afastar a necessidade de internação desses idosos, que é extremamente custosa tanto para o contribuinte quanto para o governo.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Síntese de Indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Camarano AA, Kanso S, Pasinato MT, Mello JLE. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República; 2009.
3. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas na família. *Cad Saúd Públic* 2005; 19(3): 733-781.
4. Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúd Pública* 2009, 43(5): 796-805.
5. Leme MD. Treinamento de cuidadores de idosos: impacto na sua qualidade de vida e saúde. São Paulo. Tese. [Doutorado em Medicina]—Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
6. Organização Mundial da saúde(OMS). Envejecimiento Activo: um marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 74-105.
7. Motta LB. Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: UnATI; 2003
8. Ministério da Saúde (Brasil). Regulamento do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 2.048 abr 2009. [Acesso em 30 out 2010]. Disponível em: <http://www.revistajuridica.com.br/content/legislacao.asp?id=94151>.
9. Montezuma CA, Freitas MC, Monteiro ARM. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Rev Eletrônica de Enfermagem* 2008; 10 (2): 395-404.
10. Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 861-866. [Acesso em 30 de out 2010] Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2003000300019&script=sci_abstract&tlng=pt
11. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SH, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist* 1990; 30(5): 583-594.
12. Braithwaite V. Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist* 2000; 40(6): 706 – 717.
13. Bengtson VL, Giarusso R, Mabry JB, Silverstein M. Solidarity, Conflict, and Ambivalence: Complementary or Competing Perspectives on Intergenerational relationships? *J Marriage and Family* 2002; 64 (3): 568-576.
14. Torres GV, et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação psicológica* 2009; 8(3) : 415-23

15. Neri AL, Pinto MEB, Sommerhalder C, Perracini MR, Yuaso DR. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: AL Neri. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas. Campinas: Alínea; 2006.
16. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev Eletrônica de Enfermagem 2004; 6(2). [Acesso em 03 abr 2011]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
17. Nascimento LC, et al. Cuidador de ancianos: conocimiento disponible em La basis de datos LILACS. Rev Bras Enferm 2008; 61(4):514-17.
18. Matos AR. Compreensão do fenômeno dos maus-tratos econômicos e emocionais a idosos e a decisão no processo de institucionalização: uma realidade portuguesa. Rev Kairós Gerontologia 2010; 13(2): 57-73.
19. Peter-Davis ND, Moss MS, Pruchno RA. Children-in-law in caregiving families. The Gerontologist 1999; 39(1): 66-75.
20. Silverstein M, Chen X, Heller K. Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. J Marriage and the Family 1996; 58(4): 970-983.
21. Kalmijn M. Gender differences in the effects of divorce: widowhood and remarriage on intergenerational support: does marriage protect fathers? Social Work Research 2007; 85 (3): 1079-1104.
22. Lowenstein A, Katz R, Mehlhausen-Hassoen D, Prilutzky D. The Research Instruments in the OASIS Project Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Israel: University of Haifa; 2005.
23. Pasquali L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: L. Pasquali. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: Lab PAM-IBAAP; 1999.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 4.ed. San Francisco: Allyn & Bacon; 2001.
25. Miles J, Shevlin M. Applying Regression e Correlation: a guide for students and researchers. London: SAGE Publications; 2001.
26. Neri AL, et al. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: AL Neri. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas. Campinas: Ed Alínea; 2006.
27. Szydlik M. Intergenerational Solidarity and Conflict. J Comparative Family Studies 2008; 39 (1): 97-114.
28. Ravazolla MC. Resiliências Familiares. In: Melillo ENS. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005; p 73-85

Recebido: 10/12/2010

Revisado: 16/6/2011

Aprovado: 25/6/2011

Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE

Evaluation of long-term care facilities for the elderly in the municipality of Olinda, state of Pernambuco

Barbara Helena de Brito Angelo¹
Débora Isis Barbosa e Silva¹
Maria do Amparo Souza Lima¹

Resumo

Objetivo: Este trabalho se propõe a analisar a organização e funcionamento das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) do município de Olinda-PE, através da aplicação do instrumento específico da Vigilância Sanitária, elaborado em 2007, verificando se as instituições atendem à normatização do Ministério da Saúde. **Materiais e Métodos:** Estudo exploratório de abordagem quantitativa, realizado em sete ILPIs particulares, públicas e/ou filantrópicas do município de Olinda-PE. Foram respeitados os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. Os dados foram analisados através do *software* Excel e apresentados em tabelas e gráficos. **Resultados:** Há predominância de mulheres sobre homens; 38,4% possuem grau de dependência I; 33,1%, grau de dependência II; e 28,5%, grau de dependência III. 100% das ILPIs têm administrador, 57,1%, serviço médico e de assistência social, 85,7%, serviço de nutrição, 71,4%, técnicos de enfermagem e 42,8%, secretária, psicólogo e enfermeira. Quanto aos serviços que os idosos utilizam em caso de necessidade de atendimento imediato, constatou-se o uso do SUS em 57,1% das ILPIs; 71,4% das instituições têm imóvel próprio; 100% são cadastradas no Conselho Municipal de Idosos; 57,1% são de natureza filantrópica; 28,6% são privada e 14,3%, mista. A aposentadoria dos idosos é utilizada em 71,4% dos casos; 85,7% das ILPIs apresentam alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária. **Conclusão:** A institucionalização é por vezes a única alternativa para alguns idosos. É necessário que haja uma rede bem articulada de recursos humanos e estruturais para se atender da melhor maneira possível essa população tão peculiar.

Palavras-chave: Idosos. Avaliação. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Serviços de Saúde para idosos.

¹ Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem N. Sra. das Graças. Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Abstract

Objectives: This study aims to examine the organization and operation of long-term care facilities for the elderly in the municipality of Olinda- PE, through a specific Health Surveillance instrument, established in 2007, to assess whether the institutions meet the Ministry of Health regulations. **Materials and Methods:** Exploratory study of quantitative approach, conducted in seven long-term care facilities for the elderly, public and / or charities of the city of Olinda-PE. Ethical research requirements with human beings were met. Data were analyzed using Excel software and presented in tables and graphs. **Results:** There is a predominance of women over men, 38.4% have degree of dependence I, 33.1% degree of dependence II, and 28.5% degree of dependency III. 100% of ILPI have administrator, medical service and 57.1% of social assistance, 85.7% service nutrition, 71.4% technical, nursing and 42.8% secretary, psychologist and nurse. As the services that older people use in case of need of immediate care, it was the use of SUS in 57.1% of facilities. 71.4% of institutions have their own property. 100% are registered in the City Council for the Elderly, 57.1% are philanthropic, 28.6% and 14.3% are private enterprises. The retirement of the elderly is used in 71.4% of cases. 85.7% of institutions have Health Surveillance permission to operate. **Conclusion:** The institutionalization is sometimes the only alternative for some elderly is a need for a well-articulated network of structural and human resources to meet the best possible way so peculiar that population.

Key words: Elderly. Evaluation. Long Stay Institution for Aged. Health Services for the Aged.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma preocupação emergente na agenda de inúmeros governantes. Ouvimos com frequência que o Brasil não é mais um país jovem. Hoje, temos aproximadamente 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos e projeções indicam que seremos o sexto país do mundo em número de idosos no ano de 2020, com aproximadamente 32 milhões de indivíduos na terceira idade.¹

Sendo um aumento rápido e violento da população idosa, não haverá tempo suficiente para que o país se capacite para lidar de modo adequado com essa população. São previsíveis as situações relacionadas a preconceito, marginalização social, pobreza, abandono, doenças, incapacidades e baixa qualidade de vida.¹

Várias são as situações em que os idosos são totalmente dependentes, incapazes de realizar as atividades básicas. Nesses casos, se a família exercer atividades no trabalho, a tendência é manter o idoso em uma instituição, mesmo contra sua vontade; ele pode muitas vezes ser enganado quanto ao que representa a instituição

a que está sendo encaminhado e da qual poderá nunca mais sair.²

Segundo a Portaria nº 810/89 da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, consideram-se instituições de longa permanência (ILPI) os estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais equipados para atender pessoas com 60 anos e mais. Sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado, podem dispor de um quadro de trabalhadores para atender às necessidades de cuidados de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de desenvolver outras atividades características da vida institucional.³

A institucionalização pode trazer inúmeras consequências, pois toda mudança, por mais simples que seja, implica fatores positivos e negativos. A principal mudança é a adaptação à vida asilar, porque por mais conformado que seja o idoso com a ideia de morar no asilo, ele tem seus passatempos, costumes, afazeres, o papel do avô/avó, pai ou mãe.⁴ A família é considerada o habitat natural da pessoa humana. Nela somos mais naturais, mais nós mesmos, conhecidos, pelos

nossos defeitos e pelas nossas qualidades, sem máscaras sociais.⁵

Em situações em que a institucionalização do idoso é um “mal necessário”, é importante considerar que a qualidade dos serviços oferecidos devam ser adequados, para tanto cabe ao Estado realizar seu papel de financiador e fiscalizador dessas atividades, garantindo a esta população os direitos assegurados na legislação em vigor.² As instituições deverão seguir a normatização estabelecida pelo Departamento de Vigilância Sanitária, das Secretarias de Saúde municipais, além de necessitarem de certificado de regularidade, expedido pelo Corpo de Bombeiros. A ILPI deve manter em sua equipe de trabalho profissionais capacitados e com registro nos seus respectivos conselhos de classe, com conhecimento na área de gerontologia e oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança.⁶

Devemos considerar que o processo de envelhecimento leva ao comprometimento da capacidade funcional, determinando limitações para as atividades da vida diária e necessidades específicas, as quais exigem assistência de pessoal qualificado, com conhecimento sobre a senescência e sobre a importância da manutenção e promoção da autonomia e independência nessa faixa etária.⁷

O cidadão idoso deve ser considerado não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.⁸ Sabendo-se que a população brasileira vem crescendo e que há um prolongamento da expectativa de vida, é necessário pensar nas peculiaridades desse grupo e nas modificações sociais e institucionais atreladas ao novo perfil da população. Indivíduos idosos totalmente dependentes para as atividades diárias, com dificuldade financeira, vítimas de maus-tratos ou abandono e sem suporte familiar buscam ou são levados a uma instituição asilar. Essa demanda requer uma estruturação desses serviços.

Sob a ótica da adoção de políticas públicas, para se contemplar adequadamente esses “novos velhos”, a questão deve ser estudada e planejada antecipadamente. Este trabalho se propõe a analisar a organização e funcionamento das instituições de longa permanência do município de Olinda-PE, através da aplicação do instrumento específico da Vigilância Sanitária, elaborado em 2007, visando a perceber se as instituições atendem aos requisitos e normatização do Ministério da Saúde.⁹

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritivo-exploratória, na qual se busca observar, registrar, analisar e correlacionar um determinado fenômeno, porém sem manipulá-los.¹⁰ O estudo foi realizado em sete instituições de longa permanência para idosos particulares, públicas e/ou filantrópicas do município de Olinda-PE nos meses de fevereiro e março de 2009.

Para a coleta de dados, utilizou-se o Instrumento de Avaliação para Instituições de Longa Permanência para Idosos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-2007.⁹ O instrumento é subdividido em nove partes, sendo avaliadas questões referentes a clientela, processos operacionais, recursos humanos e infraestrutura física, com ênfase na observância de aspectos essenciais a condições propícias a saúde dos idosos institucionalizados. Os dados foram digitados na planilha do programa Microsoft Excel 2007, e na análise foram distribuídas frequências absolutas e relativas (parâmetros de estatística descritiva), apresentadas em tabelas e gráficos.

Foram respeitados os princípios defendidos pela bioética registrados na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde,¹¹ sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa só foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM-UPE sob nº084/08, em 23 de dezembro de 2008. Foram preservados todos os dados de identificação pertencentes às ILPIs e nenhum perfil será divulgado.

RESULTADOS

O gráfico 1 representa o quantitativo de idosos nas instituições de longa permanência

estudadas. Sua observação nos permite concluir que 73,8% dos idosos institucionalizados são do sexo feminino, enquanto 26,2% são do sexo masculino.

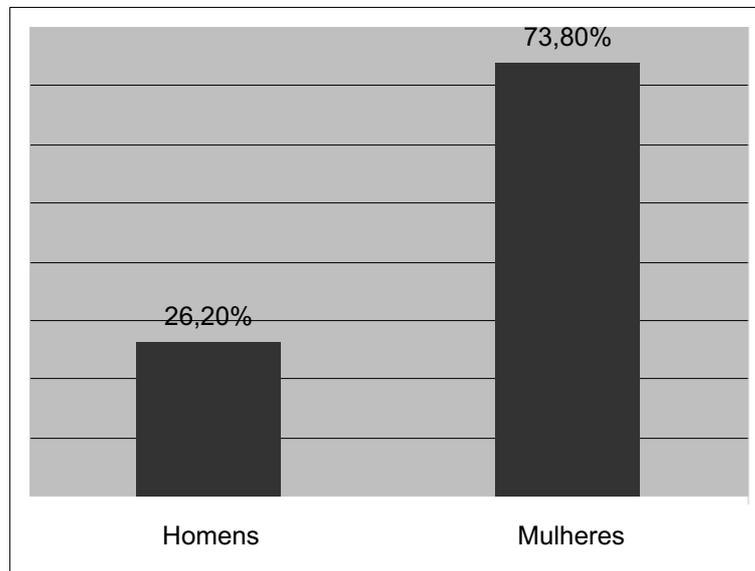


Gráfico 1 - Distribuição dos indivíduos por sexo das instituições de longa permanência para idosos. Olinda, PE, 2009.

Na tabela 1 encontra-se a distribuição dos idosos segundo o grau de dependência nas instituições pesquisadas. Observa-se que, das sete unidades, seis apresentam uma média de 10 a 30 idosos residentes, e apenas uma possui um

quantitativo maior que 60 idosos. Dos 172 indivíduos pesquisados, 38,4% possuem grau de dependência I; 33,1% apresentam grau de dependência II; e 28,5% dos idosos apresentam grau de dependência III.

Tabela 1 - Distribuição do número de idosos segundo grau de dependência nas instituições de longa permanência para idosos. Olinda, PE 2009.

	Grau de Dependência I		Grau de Dependência II		Grau de Dependência III		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
ILPI 1	5	45,4	3	27,3	3	27,3	11
ILPI 2	1	10,0	9	90,0	-	0,0	10
ILPI 3	24	100,0	-	0,0	-	0,0	24
ILPI 4	10	15,9	18	28,6	35	55,5	63
ILPI 5	7	30,4	15	65,2	1	4,4	23
ILPI 6	9	36,0	10	40,0	6	24,0	25
ILPI 7	10	62,5	2	12,5	4	25,0	16
TOTAL	66	38,4	57	33,1	49	28,5	172

A tabela 2 compõe características de funcionamento das ILPIs no que diz respeito à situação do imóvel: 71,4% das instituições visitadas são próprias e apenas 28,6% são alugadas. Em relação ao registro no Conselho Municipal de Idosos, 100% das instituições apresentam-se cadastradas. Nas instituições estudadas, constatamos que 57,1% são de natureza filantrópica, enquanto 28,6% são de

natureza privada e 14,3% são de natureza mista. Apenas 14,3% das instituições recebem auxílio governamental; a aposentadoria dos idosos é utilizada em 71,4% dos casos e 28,6% referem não utilizá-la. Apresentam alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária 85,7% das ILPIs e uma instituição (14,3%) está em processo de regulamentação.

Tabela 2 - Distribuição de características de funcionamento das instituições de longa permanência para idosos - Olinda, 2009.

Variáveis	n	%
Situação do Imóvel		
Próprio	5	71,4
Alugado	2	28,6
Registro no Conselho Municipal de Idosos		
Sim	7	100
Não	0	0
Natureza Jurídica		
Filantrópica	4	57,1
Privada	2	28,6
Mista	1	14,3
Recebe subvenção do governo		
Sim	1	14,3
Não	6	85,7
Utiliza aposentadoria do idoso		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6
Apresenta alvará		
Sim	6	85,7
Não	1	14,3

O gráfico 2 apresenta os recursos humanos das instituições pesquisadas: 100% apresentam administrador, 57,1% apresentam serviço médico e

de assistência social, 85,7% apresentam o serviço de nutrição, 71,4% possuem técnicos de enfermagem e 42,8% têm secretária, psicólogo e enfermeira.

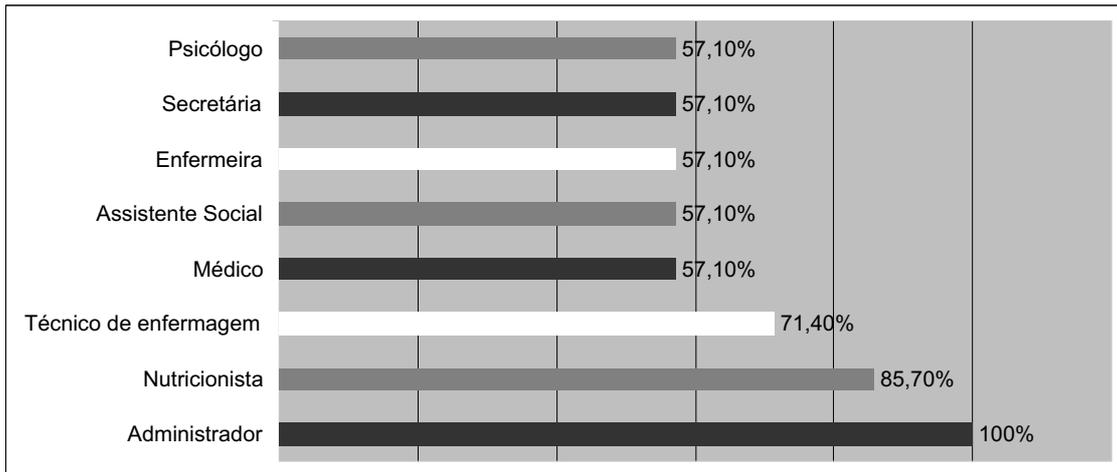


Gráfico 2 - Frequência dos profissionais das instituições de longa permanência para idosos - Olinda, 2009.

*NOTA:1-Os resultados abrangem mais de uma resposta por instituição

A tabela 3 representa a distribuição dos serviços que os idosos utilizam em caso de necessidade de atendimento imediato. Constatou-se o uso do SUS – Pronto-Atendimento 24 horas – em 57,1% das

instituições pesquisadas; as equipes de Saúde da Família, serviços próprios dos locais e planos privados de saúde são referenciados em 14,3% cada.

Tabela 3 - Distribuição dos serviços requeridos em caso de necessidade de atendimento imediato nas instituições de longa permanência para idosos. Olinda, PE, 2009.

Serviços	N	%
ESF (SUS)	1	14,3
Serviços Particulares	1	14,3
Serviços da ILPI	1	14,3
Hospital Público	4	57,1
Total	7	100,0

DISCUSSÃO

O envelhecimento é considerado um processo cumulativo, que se torna irreversível, universal, não-patológico, no qual ocorre deterioração do organismo maduro, podendo incapacitar o indivíduo a desenvolver algumas atividades. A velhice não significa doença e muitas pessoas conservam a saúde até a idade avançada.²

O Brasil, a exemplo de outros países, tem valorizado a manutenção dos idosos em seus

domicílios, recebendo cuidados de sua família. Esta estratégia, dentre outros objetivos, visa a reduzir custos com assistência hospitalar e instituições asilares. Por outro lado, demanda a disponibilidade de um parente para assistir a necessidade do idoso dependente.¹²

Devido a dependência, abandono e até mesmo por outros fatores, alguns idosos acabam sendo internados em instituições “asilares”.² A Portaria n. 810/89³ define idosa a pessoa com 60 ou mais

anos de idade. Contudo, nas sete instituições pesquisadas, três admitem indivíduos na faixa etária entre 50 a 60 anos com diagnóstico de distúrbios psiquiátricos, o que contradiz a legislação. Observou-se o predomínio dos sujeitos do sexo feminino, correspondendo a 73,84% do total de residentes, condizente com a realidade nacional observada na literatura e comprovada em estudo realizado em Taubaté-SP, onde 74% do total de residentes das ILPI são mulheres, fato relacionado à feminização da população idosa em geral.¹³

Em relação ao público-alvo acolhido segundo gênero, verifica-se que a maioria das unidades se enquadra na categoria mista (57,14%), ou seja, recebem tanto o idoso do sexo feminino como masculino; 42,86% das unidades destinam-se apenas ao ingresso de mulheres e não há unidade exclusiva para o sexo masculino. Dados similares foram encontrados em 2006 por Leal et al., em pesquisa realizada na Cidade do Recife-PE, onde 32% das ILPIs destinam-se ao público feminino e 64% ao público misto.¹⁴ No que diz respeito ao número de vagas disponíveis, a maioria dos locais pesquisados (85,7%) oferta um quantitativo de até 25 vagas. Observamos em estudos realizados em Recife-PE e Campinas-SP, que a maioria das instituições apresenta um número de vagas similar, em torno de 30.⁷⁻¹⁴

A dependência física aumenta com a idade, mas isso não deve pressupor incapacidade. É necessário reconhecer que o idoso pode ser dependente de cuidados de terceiros, mas independente para tomar decisões, portanto tem direito de exercer sua autonomia.² No grau de dependência I, os idosos são independentes para as atividades de vida diária – vestir-se, higienizar-se, alimentar-se; no entanto, utilizam algum instrumento para locomoção ou apoio; o grau de dependência II é responsável pelo comprometimento de até três atividades da vida diária do idoso; já o grau de dependência III está relacionado ao comprometimento de todas as atividades da vida diária e/ou atividades cognitivas. Neste estudo, verificou-se que 38,4% dos avaliados eram independentes para as atividades de vida diária; dados ligeiramente inferiores foram

encontrados em Taubaté-SP num estudo realizado em 2001 e repetido em 2003, no qual 37% dos idosos institucionalizados eram independentes.¹³

É relevante chamar atenção para a forma de seleção da instituição III, um dos requisitos para o ingresso na residência é a total independência, não comportando em sua estrutura social idosos com graus de dependência de nenhuma espécie.

A manutenção das ILPIs exige um alto investimento financeiro, são gastos com medicação, alimentação, higiene, adequação da estrutura física e cuidados ininterruptos. Nas instituições estudadas, constatamos que 57,1% são de natureza filantrópica, enquanto 28,5% são de natureza privada e apenas 14,3% são de natureza mista. Apesar de 100% das ILPIs se apresentarem cadastradas no Conselho Municipal de Idosos de Olinda, apenas uma instituição recebe auxílio governamental, sendo este inferior a um salário mínimo mensal e liberado irregularmente durante o ano; 85,7% utilizam a aposentadoria dos residentes para sua manutenção na instituição, fato que condiz com resultados encontrados em Uberaba-SP, onde uma parcela mínima das ILPIs recebe verbas públicas. Esse achado está relacionado às dificuldades enfrentadas para o preenchimento e atendimento de todos os requisitos para o registro e manutenção oficial.¹⁵

Com um custo elevado e sem uma verba fixa, as instituições filantrópicas se mantêm através de doações particulares de roupas, móveis e cestas básicas, bem como contribuições das famílias, da própria aposentadoria dos idosos e de convênios com instituições religiosas.⁷ No caso das particulares, a procedência da renda é decorrente da aposentadoria, que mesmo sendo irrisória, é a única fonte de subsistência do idoso, permitindo o atendimento mínimo de suas necessidades básicas. Isso significa que a maioria paga sua estadia através do repasse de sua renda à instituição.¹⁶

Pensar saúde transcende a visão de ausência de doenças. Nenhuma das correntes de pensamento, seja alopata, filosófica, antropológica, holística ou transdisciplinar, consegue dar uma definição

completa do fenômeno saúde-doença. Acreditamos que a dificuldade em definir saúde esteja ligada ao fato de que saúde não é um fenômeno estático, que ocorre da mesma maneira para todos. Enquanto processo individual, tanto a saúde quanto a doença estão muito mais relacionadas à representação que cada sujeito tem do que seja saúde e doença.¹⁷

Como o envelhecimento é uma ocorrência normal que engloba todas as experiências de vida, o cuidado e as preocupações com os idosos não podem ser limitados a uma disciplina, porém são mais bem fornecidos através de um esforço de cooperação. Uma equipe interdisciplinar, através do histórico geriátrico abrangente, pode combinar a experiência e o recurso para fornecer as definições em todos os aspectos do processo de envelhecimento, fornecendo uma conduta holística para o cuidado.¹⁸

A carência de profissional administrativo capacitado para auxiliar no processo de gerenciamento agrava o problema de captação de recursos e qualidade da assistência prestada.¹⁵ Nem sempre quem ocupa os cargos administrativos tem competência técnica para desempenhar suas atribuições – cargos por indicação e conveniência foram frequentemente encontrados.

A equipe funcional de recursos humanos e, conseqüentemente, os serviços prestados variam conforme as condições da instituição. Os cuidados de saúde são dispensados por cuidadores, auxiliares e técnicos de enfermagem, mas a supervisão de enfermagem está presente apenas em 42,8% das ILPIs. Serviços médicos, fisioterapia, psicologia e assistência social são oferecidos com pouca frequência e a nutrição está presente na maioria. Atividades físicas e outras complementares, como de recreação e lazer, cultura e religião, são oportunizadas em algumas das casas, conforme a estrutura e as condições.

Sobre essa questão, sobretudo em relação aos profissionais da equipe de enfermagem, nos deparamos frequentemente com instituições que não contam, em seu quadro, com as diversas categorias, mas voluntários que realizam

procedimentos de competência do auxiliar, do técnico de enfermagem e até mesmo do enfermeiro.⁷ É preciso ter em mente que a assistência de enfermagem é prerrogativa legal apenas de profissionais devidamente habilitados. E quanto mais qualificada uma equipe de enfermagem, mais hábil ela é em traçar as estratégias de cuidado mais adequadas a cada paciente.⁷

A Resolução COFEN-146, de 1992, estabelece em seu artigo 1º, que “toda instituição onde exista unidade de serviço que desenvolva ações de Enfermagem deverá ter enfermeiro durante todo o horário de funcionamento da unidade”.¹⁹ De acordo com pesquisa realizada por Pizarro (2004), as instituições geriátricas providas de profissionais de enfermagem legalizados foram as que menos apresentaram irregularidades no atendimento prestado ao idoso, colaborando para um bom envelhecimento.⁴

Com o avanço da idade, é preciso maior atenção aos fatores que possam interferir na manutenção da saúde da pessoa idosa, dentre os quais a qualidade nutricional. Uma dieta equilibrada junto a um cardápio variado construído pelo nutricionista é o ideal para que a transição do idoso de sua residência para a instituição de longa permanência aconteça de forma tranquila.²⁰

Em todos os locais pesquisados, são feitas no mínimo seis refeições diárias e em 85,7% o cardápio é construído por um nutricionista. No entanto, não há participação do idoso em sua elaboração, e sugestões devem ser tomadas quanto ao tempero, formas de preparo e a manipulação dos alimentos buscando a percepção e o respeito às características pessoais.²⁰

Além disso, deve-se dar especial atenção à preparação do alimento: das sete instituições: observa-se que a maioria não dispõe de boas práticas para serviços de alimentação no que se refere ao transporte dos alimentos (interno e externo) e a distribuição dos mesmos. Um contingente alarmante (85,7%) não possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação,

incluindo limpeza, descontaminação, armazenagem, preparo e acondicionamento dos resíduos.

O cuidado com a saúde é importante em qualquer etapa da vida, mas se torna essencial em idade avançada, porque é nesta fase que as pessoas têm maior predisposição para desenvolver certos agravos, sobretudo as doenças crônico-degenerativas.¹⁷ Observamos a presença de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica como doenças de base mais frequentes. Os idosos das instituições pesquisadas apresentam bom estado geral: não foi constatado uso de sonda para alimentação, oxigenoterapia, ventilação mecânica, uso de sonda vesical ou coletor de urina e a presença de feridas crônicas, ou pessoas com diagnóstico ou tratamento para câncer, uma vez que as instituições fornecem assistência para as atividades de vida diária e atendimento básico de saúde, não tendo aporte material e humano necessário para demandas específicas.

A equipe, necessariamente multiprofissional, deve apoiar-se em atividades de cuidado, construindo um modelo em que resgate a dimensão da manutenção da capacidade funcional do idoso. A vigilância à saúde do idoso requer atenção e acompanhamento contínuos mediante práticas de saúde promocionais, preventivas e curativas, combinando os saberes profissionais específicos da geriatria/gerontologia e os populares do idoso institucionalizado.²¹

A participação social ativa inclui o movimento físico além do mental, como atividades de caminhada, ginástica e outras que ajudam na prevenção e promovem a saúde. Nas instituições geriátricas de longa permanência, é muito difícil encontrar e contemplar tais fatores: isso ocorre por ineficiência estrutural do local, ausência de pátios e jardins, e deficiência de profissionais, dentre outros.²² Das instituições analisadas, grande parte possui uma área externa para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre, mas há uma pequena parcela de profissionais com formação de nível superior disponível para desenvolver tais atividades.

Quanto aos serviços que os idosos utilizam em caso de necessidade de atendimento imediato,

constatou-se o uso do SUS – Pronto-Atendimento 24 horas – como o de maior destaque. Essa constatação aponta para as condições socioeconômicas dos institucionalizados, os quais dependem do encaminhamento das instituições que os abrigam.¹⁶ As situações de urgência são atendidas por equipes externas, e a remoção desses idosos é sempre feita por carros particulares e/ou táxis, pois nenhuma instituição possui serviço de remoção especializado ou convênio com serviços terceirizados. Outros serviços que são solicitados em caso de necessidade integram o SAMU e os planos privados de saúde, porém esse último é a realidade de poucos idosos – apenas uma ILPI refere encaminhar 100% dos seus moradores à iniciativa privada.

CONCLUSÃO

Diante do crescente aumento da população idosa e levando-se em consideração que a institucionalização é por vezes a única alternativa para alguns idosos, é necessário que haja uma rede bem articulada de recursos humanos e estruturais para se atender da melhor maneira possível a essa população tão peculiar.

Com base nos resultados encontrados no presente estudo, pode-se concluir que nas instituições geriátricas de longa permanência para idosos de Olinda-PE há predominância de mulheres sobre homens; 38,4% possuem grau de dependência I; 33,1% apresentam grau de dependência II; e 28,5% dos idosos apresentam um grau de dependência III. Todas as ILPIs (100%) têm administrador; 57,1%, serviço médico e de assistência social; 85,7%, serviço de nutrição; 71,4% têm técnicos de enfermagem e 42,8% têm secretária, psicólogo e enfermeira. Quanto aos serviços que os idosos utilizam em caso de necessidade de atendimento imediato, constatou-se o uso do SUS – Pronto-Atendimento 24 horas – em 57,1% das instituições pesquisadas.

No que diz respeito à situação do imóvel 71,4% das instituições visitadas são próprias. Em relação ao registro, 100% das instituições apresentam-se cadastradas no Conselho Municipal

de Idosos, 57,1% são de natureza filantrópica, enquanto 28,6% são de natureza privada e 14,3% são de natureza mista. A aposentadoria dos idosos é utilizada em 71,4% dos casos. Em 85,7% das ILPI há alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária e uma instituição (14,3%) está em processo de regulamentação.

A realidade observada demonstrou urgência em ações voltadas à capacitação e adequação numérica dos recursos humanos para atender às peculiaridades desse grupo e proporcionar melhor qualidade de vida para esses sujeitos.

Identifica-se uma postura inerte do Estado frente às necessidades do idoso institucionalizado, como também a dimensão desta realidade como problema de saúde pública. Visto que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, resguardar um ambiente de segurança e acolhimento da população idosa vem requerer uma postura pública que não se restrinja a execução e fiscalização de dispositivos legais que contemplem

esta parcela da população. Há uma desvalorização dos indivíduos idosos que já não compõem a força de trabalho. Esta ideologia é cultuada pela sociedade, que expõe o idoso a situações de insegurança e violência, como também a perda da autoestima, diante da exclusão do convívio familiar.

Uma discussão bastante polêmica emerge sobre a realidade de aposentadoria, considerada irrisória frente às necessidades específicas do ser humano idoso, que contribuiu com seu trabalho durante a maior parte de sua vida.

A realidade apresentada neste estudo tem o compromisso de alertar e mobilizar a sociedade acadêmica, profissionais de saúde, instituições representativas e de controle social, em trazer as questões referentes à cidadania do idoso institucionalizado para espaços consolidados de discussão das políticas de saúde que vislumbrem ações de promoção à saúde deste grupo etário tão desfavorecido do ponto de vista socioeconômico.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Projeto lar dos idosos. Minas Gerais: [s.n.]; 2008. [Acesso em ago 2008]Disponível em: < <http://www.medicina.ufmg.br/laridosos/introdu.htm> > .
2. Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. Rev Bras. Enferm 2004 maio/jun.; 57(3):332-5.
3. Ministério da Saúde(Brasil). Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989. Dispõe sobre normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Diário Oficial da União 23 nov 1989.
4. Pizarro RAS. A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados : uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da Cidade de São Paulo. Santa Catarina. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] — Universidade de Santa Catarina; 2004.
5. Santos SSC. Enfermagem geronto-geriátrica : da reflexão à ação cuidativa. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2000.
6. Martins RML. Envelhecimento e políticas sociais: viseu-Portugal. 2008 . [Acesso 12 ago 2008]. Disponível em: < www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf > .
7. Yamamoto A, Diogo MJD. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. Rev Latino-Americana de Enfermagem 2002 set./out.; 10(5):660-6.
8. Ministério da Saúde(Brasil). Portaria n. 2528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário oficial da união 20 out 2006.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(Brasil). Instrumento de avaliação para instituições de longa permanência para idosos-ILPI. 2007 [Acesso em 07 mai 2007]Disponível em : < http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/instrumento_a >
10. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Prentice/Hall do Brasil; 2002.
11. Ministério da Saúde(Brasil). Resolução nº. 196, de 15 out de 1996. Dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

- seres humanos. Brasília; Diário Oficial da União 16 out 1996.
12. Ribeiro MTF, et al. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciênc saúde coletiva* 2008; 13(4): 11285-1292.
 13. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Escola de Enfermagem da USP* 2007; 41(3):378-85.
 14. Leal MCC, et al. Perfil de instituições asilares no município do Recife Brasil. *Rev Bras Geriatria e Gerontologia* 2006; 12(1): 39-48
 15. Agreli GS ,et al. Idosos em instituições de longa permanência: condições de saúde, perfil sócio-econômico e voluntariado em Uberaba/Mg. [Acesso em 11 mai 2008].Disponível em: < www.saudebrasilnet.com.br/saude/trabalhos/076s.pdf> .
 16. Herédia VBM, et al. A realidade do idoso institucionalizado. *Textos sobre Envelhecimento* 2004; 7(2).
 17. Pestana CP, Espírito Santos FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Rev Esce Enferm USP* 2008; 42(2):268-75.
 18. Smeltezer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem medico cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2005.
 19. Conselho Federal de Enfermagem. A Resolução COFEN-146, de 1992. [Acesso em 21 out 2008].Disponível em: < (<http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7023§ionID=34>) > .
 20. Santelle O, et al. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulol. *Cad Saude Pública* 2007 dez.; 23(12):3061-5.
 21. Lenardt MH, et al. O idoso institucionalizado e a cultura dos cuidadores profissionais. *Congitare enfermagem* 2006 mai/ago;11(2):117-23.
 22. Ribeiro C. Idosos e família: asilo ou casa. 2008 [Acesso em 8 ago 2008]. Disponível em: < <http://www.psicologia.com.pt> > .

Recebido: 20/5/2010

Revisado: 22/6/2011

Aprovado: 10/8/2011

Associação entre variáveis antropométricas, perfil glicêmico e lipídico em mulheres idosas

Association among anthropometric variables, plasma glucose and lipid profile in elderly women

Adilson Domingos dos Reis Filho¹
Christianne de Faria Coelho²
Fabrício Azevedo Voltarelli²
Jarbas Ferrari Junior³
Fabrício César de Paula Ravagnani¹
Waléria Christiane Rezende Fett²
Carlos Alexandre Fett²

Resumo

Objetivo: Estudo transversal com o objetivo de associar variáveis antropométricas, perfil lipídico e glicêmico em 102 idosas de três centros de convivência para idosos do município de Cuiabá-MT, Brasil, com idade entre 60 e 84 anos. **Métodos:** Avaliaram-se índice de massa corporal, relação cintura/quadril, circunferência abdominal, percentual de gordura, glicemia em jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, triglicérides, colesterol total, HDL-c e LDL-c. **Resultados:** Houve associação significativa no grupo 60-69 anos, entre o IMC e glicemia de jejum; relação cintura-quadril e glicemia de jejum e glicemia pós-prandial; circunferência abdominal e glicemia de jejum e glicemia pós-prandial; para o grupo >70 anos, entre o percentual de gordura e colesterol total e a circunferência abdominal e glicemia pós-prandial. Regressão múltipla houve significância somente para o grupos >70anos: IMC e colesterol total; relação cintura-quadril com triglicérides e com colesterol total; circunferência abdominal com glicemia de jejum, com triglicérides, com colesterol total e com LDL-c. **Conclusão:** As variáveis antropométricas apresentam fragilidade para associação com a bioquímica sanguínea de idosas. Entretanto, os marcadores de gordura corporal parecem estar associados à piora bioquímica, sendo a circunferência da cintura a que mais se associa especialmente em relação às mais idosas.

Palavras-chave: Idoso.
Antropometria. Glicemia.
Lipoproteínas. Saúde do idoso.

Abstract

Objective: Cross-sectional study aiming to associate anthropometric variables to the lipid profile and plasma glucose in 102 elderly women of three social centers for the elderly in the city of Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil, aged between 60

¹ Universidade de Cuiabá (UNIC), Faculdade de Educação Física. Cuiabá, MT, Brasil.

² Departamento de Educação Física. Laboratório de Aptidão Física e Metabolismo (LAFiMe/UFMT). Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil.

³ Faculdade de Ciências Médicas. Laboratório de Aptidão Física e Metabolismo (LAFiMe/UFMT). Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil.

and 84 years. *Methods:* Were evaluated body mass index, waist/hip ratio, waist circumference, fat percentage, fasting plasma glucose, postprandial glucose, glycated hemoglobin, triglycerides, total cholesterol, HDL-c and LDL-c. *Results:* An association to: BMI and fasting glucose, and waist-hip ratio: fasting and postprandial glucose, and waist circumference, fasting and postprandial glycemia in the group 60-69 years. And for the group >70 years: percentage of total fat and cholesterol, waist circumference and postprandial glycemia. As for the multiple regression analysis indicated significant association between a BMI and total cholesterol, and waist-hip ratio, triglycerides and total cholesterol, and waist circumference, fasting glucose, triglycerides, total cholesterol and LDL-c, for all group >70 years. *Conclusion:* Among the anthropometric variables waist circumference group >70 years was the most sensitive to blood chemistry.

Key words: Elderly. Anthropometry. Blood Glucose. Lipoproteins. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o envelhecimento, assim como a obesidade, vêm aumentando em vários países, sobretudo naqueles em desenvolvimento e desenvolvidos.¹⁻⁴ Acompanhando esse processo de envelhecimento, modificações importantes ocorrem na composição corporal de indivíduos idosos, tais como redução da massa muscular acompanhada de aumento de tecido adiposo, principalmente aquele acumulado ao redor da cintura,⁵ o qual apresenta relação direta com a patogênese do *diabetes mellitus* tipo 2, o perfil dislipidêmico, a hipertensão arterial, o infarto agudo do miocárdio, a síndrome metabólica, entre outras doenças crônicas não-transmissíveis.⁶

De acordo com Weiss,⁷ estudos recentes têm demonstrado que o padrão de distribuição da gordura corporal é um fator determinante para o perfil metabólico e não apenas a obesidade *per se*. A mensuração da gordura corporal total (índice de massa corporal e percentual de gordura) e a localizada na região central (relação cintura/quadril e circunferência abdominal) vêm despertando interesse de inúmeros pesquisadores nos últimos anos, os quais buscam correlacionar o aumento do tecido adiposo com o surgimento de doenças metabólicas. Contudo, a obesidade classificada pelos valores de corte do índice de massa corporal (IMC, kg/m²)⁸ pode não ser um fator de risco aumentado em idosos, podendo até ser considerado como protetor para indivíduos muito idosos, devido a fatores neuroendócrinos,^{9,10} que agem evitando efeitos catabólicos de algumas doenças.

No entanto, as técnicas consideradas padrão ouro para tal associação possuem custo elevado e alta complexidade operacional, limitando, assim, a realização de estudos populacionais. As técnicas mais simples, frequentemente utilizadas em estudos de caráter epidemiológico, ainda apresentam limitações na associação com marcadores bioquímicos de risco.¹¹ Desta forma, o presente estudo objetivou comparar variáveis antropométricas de fácil aplicação com o perfil lipídico e glicêmico em idosos, buscando verificar quais destas poderiam melhor indicar fatores de risco associados à obesidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de natureza quantitativa, qualitativa e clínica, integrante do protocolo para coleta do projeto temático “Longevidade Saudável”, desenvolvido por docentes do Curso de Graduação em Educação Física e do Curso de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). O projeto temático tem o objetivo de caracterizar, descrever a prevalência, estabelecer perfis e identificar fatores de riscos entre idosos frequentadores de centros de convivência no município de Cuiabá-MT, considerando variáveis antropométricas e clínicas.

Cuiabá-MT tem população de 460.508 habitantes segundo o IBGE (2000), com 116 bairros distribuídos em quatro regionais: Oeste, Leste, Norte e Sul. São 17.329 idosos (8.221 do

gênero masculino e 9.108 do gênero feminino), distribuídos em 120.368 domicílios da capital. Possui três centros de convivência para idosos (CCIs), mantidos pela prefeitura municipal e distribuídos nas seguintes regiões: Norte (CCI Maria Ignez França Auad, no bairro CPA III e CCI Aidedê Pereira do Nascimento, no bairro Novo Horizonte) e região Leste (CCI Padre Firmo Duarte Filho, no bairro Dom Aquino). Estes CCIs oferecem oficinas de corte e costura, danças, ginástica, atendimento médico e odontológico, favorecendo assim a manutenção de um estilo de vida ativo.

Encontram-se cadastrados e frequentando os três CCIs 2.100 idosos, dos quais 1.680 são mulheres. Para seleção da amostra, foram fixados cartazes no mural informativo e realizadas palestras no período matutino e vespertino para explicar a importância das avaliações. Em seguida, foram agendados os dias para as análises, que consistiram de avaliações antropométricas e exames de sangue para identificação do perfil lipídico e glicêmico.

Como critérios de inclusão, foram observados os seguintes requisitos: ser do gênero feminino; ter idade superior a 60 anos; não ser diabética e/ou hipertensa; não fazer uso de fármacos que alterassem a glicemia. Foram excluídas as voluntárias que apresentaram impedimentos para realização das avaliações antropométricas ou que não realizassem o exame sanguíneo.

Foram avaliadas 102 voluntárias cadastradas e frequentadoras de três centros de convivências para idosos no município de Cuiabá-MT, com idades entre 60 e 84 anos, divididas em dois grupos: 60-69 anos ($64,4 \pm 2,5$ anos) e > 70 anos ($73,6 \pm 3,4$ anos). Todas as voluntárias assinaram termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (Protocolo nº 330/CEP-HUJM/07).

Marcadores bioquímicos

As coletas e avaliações foram de responsabilidade do Laboratório de Patologia Clínica do

Hospital do Câncer de Cuiabá-MT, Brasil. Para a obtenção da amostra sanguínea, foram observadas 12 horas de jejum, abstinência de bebidas alcoólicas no período de 72 horas e repouso de 30 minutos antes da coleta no período matutino para os seguintes marcadores bioquímicos: glicemia de jejum (GJ), hemoglobina glicada (HbA_{1C}), triglicérides (Tg), colesterol total (CT) e frações deste, HDL-Colesterol e LDL-Colesterol. A amostra de sangue para análise da glicemia pós-prandial (GPP) foi coletada após duas horas do almoço. Todas as coletas foram realizadas em triplicata, considerando a média entre elas.

As classificações atribuídas aos valores de concentrações obtidas estão de acordo com a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias¹² e a American Diabetes Association,¹³ e estão apresentadas em suas respectivas tabelas.

Glicemia de jejum (GJ) e glicemia pós-prandial (GPP): as dosagens da GJ e GPP foram realizadas por método automatizado, no aparelho *CIBA CORNING 550 Express Analyzer*[®] (GMI, Inc. Ramsey: Minnesota, USA). Para análise da GJ e GPP, foram utilizados 5 ml de soro, após ter sido centrifugado a 3.000 rpm durante cinco minutos. O método de determinação da glicose adotado foi o enzimático colorimétrico da glicose oxidase.¹⁴

Hemoglobina glicada (HbA_{1C}): para análise da HbA_{1C} , foi utilizado o sangue total colhido com anticoagulante contendo EDTA. Foi utilizado para determinação da HbA_{1C} o método Trivelli modificado.¹⁵

Triglicérides (Tg), colesterol total (CT) e frações (HDL-c e LDL-c): para o CT, Tg e HDL-c foram aplicados o método colorimétrico enzimático utilizando-se 5 ml de soro após ter sido centrifugado a 3.000 rpm durante cinco minutos.^{16,14} A fração de colesterol LDL-c foi obtida utilizando a fórmula preconizada por Friedewald et al.¹⁷ As dosagens foram realizadas com o método automatizado no aparelho *CIBA CORNING 550 Express Analyzer*[®] (GMI, Inc. Ramsey: Minnesota, USA).

Composição corporal

Para determinação do peso corporal, as voluntárias foram posicionadas em pé, no centro da plataforma da balança, com os pés unidos e braços ao longo do corpo,¹⁸ utilizando-se balança digital *SOEHNLE*® Professional 7755 (Brasil), com capacidade para 200kg e precisão de 100g. A estatura foi mensurada com as voluntárias descalças, em posição ereta, com os pés unidos e próximos a escala, medidas pelo estadiômetro disponível na mesma balança, com precisão de 0,5 cm, segundo o procedimento previamente descrito por Fett et al.¹⁸

Foram mensuradas, com fita antropométrica modelo SN-4010 da marca Sanny®, as circunferências de braço, antebraço, punho, cintura, abdominal, quadril, coxa e panturrilha, todas de acordo com o protocolo proposto por Pollock e Wilmore.¹⁹ O cálculo da relação cintura/quadril (RCQ) foi realizado pela divisão do perímetro da cintura (cm) pelo perímetro do quadril (cm). As dobras cutâneas foram aferidas por adipômetro *LANGE*® (*Beta Technology Inc. Santa Cruz, CA, USA*), com pressão constante de 10 g/mm² na superfície de contato e precisão de 1 mm. As dobras cutâneas mensuradas foram: triceptal, suprailíaca e coxa, conforme o disposto em Pollock e Wilmore.¹⁹ As coletas das medidas foram realizadas em triplicata e por um único e experiente avaliador, utilizando-se a média das mesmas para o cálculo da densidade corporal, de acordo com Jackson et al.²⁰ e, posteriormente, o cálculo do percentual de gordura segundo protocolo descrito por Siri.²¹

Análise estatística

A normalidade da amostra foi calculada pelo teste Kolmogorov-Smirnov.²² Para a determinação das correlações entre as variáveis, utilizaram-se o teste de correlação linear de Pearson para os dados paramétricos e a correlação de Spearman para dados não-paramétricos.²² Posteriormente, foi aplicado o teste de regressão linear múltipla para análise da importância relativa das diferentes variáveis.²² O nível de significância foi preestabelecido em 5% ($p < 0,05$).

O tamanho amostral foi calculado segundo a equação:

$$n = \frac{Z^2 P (1 - P) N}{Z^2 P (1 - P) N + E^2 P (N - 1)}$$

Onde: Z é o valor de uma distribuição normal e apresenta confiabilidade de 90% (1,644854); P é a probabilidade da escolha de uma idosa do centro de convivência = 0,5; E é nível de erro aceitável para obtenção da amostra, neste caso, 0,05; e N é o total de idosas do centro de convivência = 1.680.

RESULTADOS

De um total de 234 idosas inicialmente selecionadas nos três centros de convivências, apenas 110 voluntárias compareceram para a realização dos exames bioquímicos e antropométricos; destas, somente 102 (6,1% do total de idosas dos CCIs) foram consideradas elegíveis para integrarem a pesquisa, as demais ($n = 8$) foram excluídas por serem diabéticas e/ou fazerem uso de algum medicamento.

Os resultados apresentados na (tabela 1), para a faixa etária de 60-69 anos, demonstram índice de sobrepeso em relação ao IMC ($28,2 \pm 5,2$ kg/m²), de obesidade para o percentual de gordura ($35,8 \pm 7,3$), alto risco para a relação cintura-quadril ($0,86 \pm 0,06$) e risco muito aumentado para a circunferência abdominal ($98,3 \pm 10,4$). A glicemia em jejum e glicemia pós-prandial foram consideradas dentro da normalidade, os triglicérides e colesterol total apresentaram índices ótimos, o LDL-c ($105,1 \pm 31,3$) manteve-se dentro dos limites desejáveis e o HDL-c e a hemoglobina glicada com risco baixo. Para a faixa etária com idade acima de 70 anos, pode-se observar IMC condizente com sobrepeso ($28,1 \pm 4,9$), obesidade em relação ao percentual de gordura ($36,7 \pm 6,8$), alto risco para a relação cintura-quadril ($0,85 \pm 0,09$), risco muito aumentado para a circunferência abdominal ($98,8 \pm 10,6$) e em relação a glicemia em jejum e glicemia pós-prandial níveis dentro da normalidade, triglicérides e colesterol total níveis ótimos, LDL-c em ótimo estado e HDL-c e hemoglobina glicada com baixo risco (tabela 1).

Tabela 1 – Características gerais de idosas de Centros de Convivência de Cuiabá-MT, 2009.

Variáveis	60-69 anos (n=61)		> 70 anos (n=41)		p-valor
	média	DP	média	DP	
Idade (anos)	64.4	2.5	73.6	3.4	< 0.0001*
Estatura (m)	1.54	0.05	1.51	0.05	0.004 [†]
Massa corporal	67.1	12.4	64.2	10.8	ns
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	28.2	5.2	28.1	4.9	ns
Percentual de Gordura (%)	35.8	7.3	36.7	6.8	ns
Massa gorda (kg)	24.7	9.4	24.2	8.1	ns
Massa magra (kg)	42.3	4.9	39.9	3.9	0.01*
Relação Cintura/Quadril	0.86	0.06	0.85	0.09	ns
Circunferência Abdominal (cm)	98.3	10.4	98.8	10.6	ns
Glicemia de Jejum (mg/dL)	81.8	15.0	85.1	22.3	ns
Glicemia Pós-Prandial (mg/dL)	99.2	20.5	106.5	39.8	ns
Triglicérides (mg/dL)	129.1	61.5	126.6	59.8	ns
Colesterol Total (mg/dL)	192.1	30.3	184.6	37.8	ns
HDL-c (mg/dL)	61.4	2.9	61.7	16.0	0.002*
LDL-c (mg/dL)	105.1	31.3	98.6	36.9	ns
Hemoglobina Glicada (%)	6.0	0.8	6.2	1.2	ns

(HDL-c) Lipoproteína de alta densidade-colesterol; (LDL-c) Lipoproteína de baixa densidade-colesterol. *Teste Mann-Whitney; [†]Teste *t* de Student. Nível de significância $p < 0.05$.

Na tabela 2, observa-se maior prevalência de idosas com o peso acima da normalidade para a faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos, quando analisados IMC, sobrepeso (n = 15; 24,6%) e obesidade (n = 16; 26,2%) e no grupo de idosas acima de 70 anos, sobrepeso (n = 5; 12,2%)

e obesidade (n = 14; 34,2%). Na mesma tabela observa-se, também, um número excessivo de idosas apresentando valores elevados para a relação cintura-quadril, percentual de gordura e circunferência abdominal, para as duas faixas etárias.

Tabela 2 – Distribuição das idosas segundo a faixa etária e variáveis antropométricas, Cuiabá-MT, 2009.

	60 – 69 anos (n=61)	Prevalência %	> 70 anos (n=41)	Prevalência %
IMC (kg/m²)				
baixo-peso < 23	8	13.2	6	14.6
normal 23 a 27,99	22	36.0	16	39.0
sobrepeso 28 a 29,99	15	24.6	5	12.2
obesidade > 30	16	26.2	14	34.2
RELAÇÃO CINTURA/QUADRIL				
baixo < 0,76	2	3.3	3	7.3
moderado 0,76 a 0,83	19	31.2	3	7.3
alto 0,84 a 0,90	23	37.7	24	58.6
muito alto > 0,90	17	27.8	11	26.8
% GORDURA				
excelente 16 a 20%	3	4.9	1	2.4
bom 22 a 26%	2	3.2	1	2.4
abaixo da média 27 a 29%	8	13.2	6	14.7
média 30 a 31%	7	11.4	8	19.6
acima da média 32 a 34%	12	19.6	4	9.8
ruim 35 a 37%	11	18.1	2	4.8
muito ruim 38 a 41%	18	29.6	19	46.3
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (cm)				
< 80	1	1.7	0	0
aumentado ≥ 80	8	13.1	8	19.5
muito aumentado ≥ 88	52	85.2	33	80.5

IMC segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002); % Gordura segundo Pollock e Wilmore (1993).

Em relação aos marcadores bioquímicos sanguíneos (tabela 3), nota-se que, mesmo com os valores antropométricos elevados, não foram observadas alterações nas concentrações de

glicemias de jejum e pós-prandial, triglicérides, colesterol total, HDL-c, LDL-c e hemoglobina glicada, sendo que tais valores apresentaram-se, de forma prevalente, dentro da normalidade.

Tabela 3 – Distribuição das idosas segundo a faixa etária, perfil lipídico e glicêmico, Cuiabá-MT, 2009.

	60 – 69 anos (n=61)	Prevalência %	> 70 anos (n=41)	Prevalência %
GLICEMIA JEJUM				
Normal 70 a 99 mg/dL	57	93.4	35	85.3
Intolerância 100 a 125 mg/dL	2	3.3	5	12.3
Diabetes \geq 126 mg/dL	2	3.3	1	2.4
GLICEMIA PÓS-PRANDIAL				
Normal < 140 mg/dL	59	96.7	37	90.3
Intolerância 140 a 199 mg/dL	2	3.3	3	7.3
Diabetes \geq 200 mg/dL	0	0	1	2.4
TRIGLICÉRIDES				
Ótimo < 150 mg/dL	46	75.4	31	75.6
Limítrofe 150 a 200 mg/dL	8	13.1	4	9.8
Alto risco 201 a 499 mg/dL	7	11.5	6	14.6
Muito alto \geq 500 mg/dL	0	0	0	0
COLESTEROL TOTAL				
Ótimo < 200 mg/dL	40	65.6	32	78.0
Limítrofe 200 a 239 mg/dL	15	24.6	4	9.7
Alto \geq 240 mg/dL	6	9.8	5	12.3
HDL-colesterol				
Alto risco < 40 mg/dL	0	0	0	0
Entre 50 e 59 mg/dL	15	24.6	19	46.3
Baixo risco > 60 mg/dL	46	75.4	22	53.7
LDL-colesterol				
Ótimo < 100 mg/dL	27	44.3	20	48.8
Desejável 100 a 129 mg/dL	21	34.4	14	34.1
Limítrofe 130 a 159 mg/dL	9	14.7	3	7.3
Alto 160 a 189 mg/dL	4	6.6	4	9.8
Muito alto \geq 190 mg/dL	0	0	0	0
HEMOGLOBINA GLICADA				
< 7%	57	93.4	38	92.7
> 7%	4	6.6	3	7.3

Classificações de acordo com a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias, (2007) e *American Diabetes Association*, (2007).

Quando correlacionados com marcadores bioquímicos sanguíneos, os valores das medidas antropométricas apresentaram pouca associação e, mesmo naqueles com significância estatística, o coeficiente de correlação mostrou-se baixo (tabela 4). Em relação aos resultados da análise de regressão

múltipla, apenas o grupo de idosas acima de 70 anos obteve significância estatística entre as variáveis dependentes (glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, triglicérides, colesterol total, LDL-c e hemoglobina glicada) e explicativas (IMC, relação cintura-quadril, circunferência abdominal e idade), segundo a tabela 5.

Tabela 4 – Correlação entre variáveis antropométricas, perfil lipídico e glicêmico em idosas frequentadoras de centros de convivência de Cuiabá-MT, 2009.

IDOSAS 60-69 ANOS									
	IMC (kg/m ²)		%G		RCQ		CAb (cm)		
GJ	rs= 0.26	p=0.03	rs= 0.12	ns	rs= 0.30	p=0.01	rs= 0.35	p=0.005	
GPP	rs= 0.24	p=0.05	rs= 0.18	ns	rs= 0.25	p=0.04	rs= 0.31	p=0.01	
Tg	rs= 0.18	ns	rs= 0.13	ns	rs= 0.25	p=0.05	rs= 0.21	ns	
CT	rs= 0.01	ns	r= 0.12	ns	r= -0.05	ns	r= -0.02	ns	
HDL-c	rs= -0.01	ns	r= -0.12	ns	r= -0.19	ns	r= -0.07	ns	
LDL-c	rs= -0.05	ns	r= 0.11	ns	r= -0.16	ns	r= -0.07	ns	
HbA _{1c}	rs= 0.07	ns	r= 0.008	ns	r= 0.07	ns	r= 0.08	ns	
IDOSAS > 70 ANOS									
	IMC (kg/m ²)		%G		RCQ		CAb (cm)		
GJ	rs= 0.12	ns	rs= 0.06	ns	rs= 0.29	p= 0.05	rs= 0.29	p= 0.05	
GPP	rs= 0.25	ns	rs= 0.16	ns	rs= 0.22	ns	rs= 0.30	p= 0.04	
Tg	rs= 0.20	ns	rs= 0.24	ns	rs= 0.13	ns	rs= 0.26	ns	
CT	r= 0.17	ns	r= 0.37	p= 0.01	rs= 0.13	ns	r= 0.22	ns	
HDL-c	rs= 0.07	ns	rs= 0.02	ns	rs= 0.15	ns	rs= 0.01	ns	
LDL-c	r= 0.08	ns	r= 0.26	ns	rs= 0.03	ns	r= 0.09	ns	
HbA _{1c}	rs= 0.15	ns	rs= 0.11	ns	rs= 0.15	ns	rs= 0.29	ns	

(GJ) Glicemia de jejum; (GPP) Glicemia pós-prandial; (Tg) Triglicérides; (CT) Colesterol total; (HbA_{1c}) Hemoglobina glicada; (HDL-c) Lipoproteína de alta densidade-colesterol; (LDL-c) Lipoproteína de baixa densidade-colesterol; (IMC) Índice de massa corporal; (%G) Percentual de gordura; (RCQ) Relação cintura/quadril e (CAb) Circunferência abdominal. Correlação de Spearman (rs); Correlação linear de Pearson (r); Não significante (ns). Nível de significância p < 0,05.

Tabela 5 – Coeficiente de regressão linear múltipla (β) das variáveis antropométricas, idade, perfil lipídico e glicêmico em idosas frequentadoras de centros de convivência de Cuiabá-MT, 2009.

	IDOSAS 60-69 ANOS						
	GJ	GPP	Tg	CT	HDL-c	LDL-c	HbA _{1c}
IMC (kg/m ²)	$\beta=2.3$ ns	$\beta=5.6$ ns	$\beta=5.3$ ns	$\beta=0.2$ ns	$\beta=-0.2$ ns	$\beta=0.2$ ns	$\beta=-0.01$ ns
%G	$\beta=-0.4$ ns	$\beta=1.7$ ns	$\beta=6.7$ ns	$\beta=0.3$ ns	$\beta=0.05$ ns	$\beta=-0.9$ ns	$\beta=-0.002$ ns
RCQ	$\beta=96.2$ ns	$\beta=158.1$ ns	$\beta=454.3$ ns	$\beta=-84.5$ ns	$\beta=-16.2$ ns	$\beta=-155.0$ ns	$\beta=1.6$ ns
CAb (cm)	$\beta=0.5$ ns	$\beta=1.1$ ns	$\beta=-0.6$ ns	$\beta=-1.2$ ns	$\beta=-0.01$ ns	$\beta=-1.0$ ns	$\beta=0.03$ ns
IDADE	$\beta=0.02$ ns	$\beta=-1.0$ ns	$\beta=0.9$ ns	$\beta=-0.6$ ns	$\beta=-0.07$ ns	$\beta=-0.9$ ns	$\beta=-0.009$ ns
PESO	$\beta=-0.6$ ns	$\beta=0.9$ ns	$\beta=26.2$ ns	$\beta=-11.8$ ns	$\beta=-2.0$ ns	$\beta=-18.3$ ns	$\beta=-0.5$ ns
	IDOSAS > 70 ANOS						
	GJ	GPP	Tg	CT	HDL-c	LDL-c	HbA _{1c}
IMC (kg/m ²)	$\beta=2.5$ ns	$\beta=4.3$ ns	$\beta=14.1$ p=0.05	$\beta=9.0$ p=0.03	$\beta=-0.8$ ns	$\beta=8.4$ ns	$\beta=0.1$ ns
%G	$\beta=-5.1$ ns	$\beta=-5.5$ ns	$\beta=-2.5$ ns	$\beta=2.2$ ns	$\beta=0.2$ ns	$\beta=6.4$ ns	$\beta=-0.1$ ns
RCQ	$\beta=174.8$ ns	$\beta=153.5$ ns	$\beta=801.2$ p=0.003	$\beta=443.8$ p=0.004	$\beta=9.0$ ns	$\beta=287.6$ ns	$\beta=8.8$ ns
CAb (cm)	$\beta=1.8$ p=0.02	$\beta=2.7$ ns	$\beta=5.4$ p=0.006	$\beta=3.6$ p=0.001	$\beta=-0.6$ ns	$\beta=2.7$ p=0.02	$\beta=0.09$ p=0.05
IDADE	$\beta=-1.8$ ns	$\beta=-4.2$ p=0.04	$\beta=-6.8$ p=0.01	$\beta=-3.2$ p=0.03	$\beta=0.1$ ns	$\beta=-1.7$ ns	$\beta=-0.08$ ns
PESO	$\beta=6.1$ ns	$\beta=25.8$ ns	$\beta=47.8$ ns	$\beta=50.5$ ns	$\beta=0.2$ ns	$\beta=47.2$ ns	$\beta=0.4$ ns

(GJ) Glicemia de jejum; (GPP) Glicemia pós-prandial; (Tg) Triglicérides; (CT) Colesterol total; (HDL-c) Lipoproteína de alta densidade-colesterol; (LDL-c) Lipoproteína de baixa densidade-colesterol; (HbA_{1c}) Hemoglobina glicada; (IMC) Índice de massa corporal; (%G) Percentual de gordura; (RCQ) Relação cintura/quadril e (CAb) Circunferência abdominal. Coeficiente de Regressão Linear Múltipla (β); Não significante (ns). Nível de significância $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foram observadas prevalências aumentadas de variáveis como (relação cintura/quadril, percentual de gordura e circunferência abdominal) para ambos os grupos, sendo estas variáveis diretamente associadas às doenças crônicas não transmissíveis.²³⁻²⁶ Corroborando com estes achados, o estudo conduzido por Sanches-Viveros et al,²⁶ na população mexicana indicou a associação significativa entre variáveis antropométricas aumentadas e doenças crônicas, tais quais, o diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial.

Os resultados obtidos referentes às variáveis IMC, relação cintura-quadril, percentual de gordura e circunferência abdominal mostraram-se semelhantes aos observados em outras pesquisas,^{27,28} que não identificaram modificações importantes entre as duas faixas etárias. No entanto, no estudo realizado por Koster et al.,²⁹ os indivíduos com IMC dentro da normalidade, mas com a circunferência abdominal aumentada, apresentavam maior risco de mortalidade. Dessa forma, a mensuração da circunferência abdominal surge como uma prática viável no sentido de complementar a medida de IMC, visto que nem sempre o IMC aumentado é sinônimo de alguma

doença crônica não-transmissível. De acordo com Weiss et al.,³⁰ indivíduos idosos se beneficiariam do IMC elevado devido ao estoque de energia em forma de gordura auxiliar na proteção contra efeitos catabólicos.

Evidências clínicas sugerem que a coexistência de diabetes e obesidade central está fortemente associada à gordura geral,¹¹ mas no presente estudo não foi diagnosticado nenhum caso de diabetes em ambos os grupos, mesmo nas idosas com a RCQ e a CAb aumentadas. Outras evidências sugerem que o padrão de distribuição central do tecido adiposo apresenta correlação com diabetes mellitus e com as doenças cardiovasculares, independentemente da obesidade global.²⁸ Contudo, na presente pesquisa, os dados referentes à obesidade global (IMC e %G) e à obesidade central (RCQ e CAb) não confirmaram tal associação.

A obesidade central tem sido associada com diminuição da tolerância à insulina, alterações na homeostase glicose/insulina, redução na remoção de insulina e decréscimo na utilização de glicose estimulada pela insulina.¹¹ Resultado semelhante ao disposto anteriormente foi relatado por Tabata et al.,³¹ que encontraram forte associação entre o aumento da CAb e resistência à insulina. Porém, em nosso estudo, mesmo com as voluntárias apresentando valores elevados de CAb, não foram encontradas alterações na GJ, tampouco na GPP, divergindo, assim, do disposto anteriormente por Vazquez¹¹ e Tabata et al.³¹ No estudo desenvolvido por Shen et al.,³² foram encontradas melhores associações da CAb com indicadores de síndrome metabólica se comparada ao %G. Esse fato foi confirmado em nossa amostra, principalmente para as idosas acima de 70 anos.

Em estudo realizado por Alhamdan,³³ foram encontradas associações positivas entre o conteúdo de triglicérides e o IMC, a relação cintura-quadril e circunferência abdominal; e associações negativas entre o HDL-c e as variáveis antropométricas indicadoras de gordura central, quais sejam: relação cintura-quadril e circunferência da cintura. No presente estudo, foram encontradas associações entre o IMC e glicemia de jejum e

glicemia pós-prandial; relação cintura-quadril e glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e triglicérides; circunferência abdominal e glicemia de jejum e glicemia pós-prandial, todos para o grupo de idosas com idade entre 60-69 anos. Já as idosas com mais de 70 anos apresentaram associações entre o percentual de gordura e colesterol total; relação cintura-quadril e glicemia de jejum; circunferência abdominal e glicemia de jejum e glicemia pós-prandial. Desta forma, sugere-se que a circunferência abdominal seria um indicador de risco metabólico mais confiável para a população idosa.

Para reforçar este raciocínio, foi aplicado o teste de regressão linear múltipla no intuito de encontrar um indicador que pudesse explicar melhor tais suspeitas; com isso, pode-se detectar que somente as variáveis relação cintura-quadril e circunferência abdominal do grupo de idosas acima de 70 anos apresentaram significância na regressão múltipla, sendo a variável circunferência abdominal a que mais importância teve na explicação dos desfechos, corroborando assim Zahorska-Markiewicz,³⁴ que afirma ser a circunferência abdominal o melhor preditor para o possível desenvolvimento de doenças metabólicas, se comparado ao IMC e à relação cintura-quadril.

O presente trabalho apresenta como uma de suas limitações o desenho de estudo do tipo transversal, o que impossibilita tecer conclusões a respeito da causalidade dos resultados aqui apresentados e discutidos. Outro fator limitante foi o *n* amostral de 6,1%; sendo assim, não foi possível extrapolar os achados desta pesquisa para a população total de idosas que frequenta os três centros de convivência. Destacamos ainda o fato de as idosas serem fisicamente ativas e talvez por isso não apresentarem alterações no perfil lipídico e glicêmico, mesmo com algumas variáveis antropométricas aumentadas.

CONCLUSÃO

Foram observadas diferenças entre os indicadores antropométricos e a associação com

o perfil lipídico e glicêmico entre as diferentes faixas etárias. Sugere-se assim, que existe um comportamento diferenciado quanto ao aumento da massa corpórea e alterações da glicemia e lípidos plasmáticos em idosas e muito idosas. Isso talvez seja um fator protetor no que se refere à perda de massa corporal que ocorre com a velhice, confundindo a relação com os marcadores

bioquímicos. Embora frágil, a relação cintura-quadril e principalmente a circunferência abdominal foram as que mais apresentaram associação com os marcadores bioquímicos. Tal achado sugere que a relação cintura-quadril e a circunferência abdominal são variáveis importantes na avaliação de comportamento de risco metabólico para idosas.

REFERÊNCIAS

- JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3): 725-33.
- Velazquez-Alva MC, Irigoyen ME, Zepeda M, et al. Anthropometric measurements of a sixty-year and older mexican urban group. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2004; 8(5): 350-354.
- Jensen GL. Obesity among older persons: screening for risk of adverse outcomes. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2006; 10(6): 510-522.
- Cunha AS, Sichieri R. Trends in underweight, overweight and body mass index among elderly population of Brazil. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2007; 11(1): 15-19.
- Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *British Journal of Nutrition* 2002; 87: 177-186.
- Lechleitner M. Obesity and the Metabolic Syndrome in the Elderly: a Mini-Review. *Gerontol* 2008; 54: 253-259.
- Weiss R. Fat distribution and storage: how much, where, and how? *European J. Endocrinol* 2007; 157: S39-S45.
- WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1999; p.1-36
- Weiss A, Beloosesky Y, Boaz M, et al. Body mass index is inversely related to mortality in elderly subjects. *J Gen Intern Med* 2007; 23(1):19-24.
- Nicoletti I, Cicoira M, Morando G, et al. Impact of body mass index on short-term outcome after acute myocardial infarction: does excess body weight have a paradoxical protective role? *Int J Cardiol* 2006; 107(3): 395-399.
- Vazquez G, Duval S, Jacobs Jr, et al. Comparison of body mass index, waist circumference, and waist/hip ratio in predicting incident diabetes: a meta-analysis. *Epidemiol Rev*. 2007; 29: 115-128.
- Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1): 1-19.
- American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2007; 30(1): S4-S41.
- Bergmeyer HU. *Methods of Enzymatic Analysis*. 2nd. Ed. New York: Academic Press; 1985.p.1205-1214.
- Trivelli LA, Ranney HM, Lai HT. Hemoglobin components in patients with diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med* 1971; 284:353-57
- Fredrickson DS, Levy RI, Lee RS. Fat transport in lipoproteins: an integrated approach to mechanisms and disorders. *New Engl. J. Med*.1967 ; 276:34-42.
- Friedwald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the Concentration of Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Plasma, Without Use of the Preparative Ultracentrifuge. *Clin. Chem*. 1972; 18:499-502.
- Fett CA, Fett WCR, Padovan GJ, et al. Mudanças no estilo de vida e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e sistema imune de mulheres sedentárias. *Rev. Nutr.* 2009; 22(2): 245-255.
- Pollock ML, Wilmore JH. Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI;1993.
- Jackson AS, Pollock ML, Ward A. Generalized equations for predicting body density of women. *Med Sci Sports Exerc*. 1980; 12: 75-82.
- Siri SE. Body composition from fluid spaces and density: analysis of methods. In: Brozek J, Henschel A eds. *Techniques for Measuring Body Composition*. Washington: National Research Council;1961; p.223.

22. Dawson B, Trapp RG. Basic & Clinical Biostatistics. 2nd.ed. USA: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 1994; p.82-97.
23. Organização Pan-Americana. Informe preliminar da 36^a Reunión del Comité Asesor de Investigaciones em Salud : Encuesta Multicéntrica - Salud Bienestar y Envejecimento (SABE) em América Latina y el Caribe; 2002. [Acesso em 15 jun 2002].Disponível em: <http://www.opas.org/program/sabe>.
24. Keller HH, Østbye T. Body mass index (BMI), BMI change and mortality in community-dwelling seniors without dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2005; 9(5): 316-320.
25. Mairs JB. The Diabetes Prevention Program Research Group: relationship of body size and shape to the development of diabetes in the diabetes prevention program. *Obesity* 2006; 14(11): 2107-2117.
26. Sanchez-Viveros S, Barquera S, Medina-Solis CE, et al. Association between diabetes mellitus and hypertension with anthropometric indicators in older adults: results of the mexican health survey. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2008; 12(5): 327-333.
27. Elia M. Obesity in the elderly. *Obes Res* 2001; 9: 244S-248S.
28. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001; 45(5): 494-501.
29. Koster A, Leitzmann MF, Schatzkin A, et al. Waist circumference and mortality. *Am J of Epidemiol* 2008; 167(12): 1465-1475.
30. Weiss A, Beloosesky Y, Boaz M, et al. Body mass index is inversely related to mortality in elderly subjects. *J Gen Intern Med* 23(1):19-24, 2007.
31. Tabata S, Yoshimitsu S, Hamachi T, et al. Waist circumference and insulin resistance: a cross-sectional study of Japanese men. *BMC Endocrine Disorders* 2009; 9(1): 1472-6823.
32. Shen W, Punyanitya M, Chen J, et al. Waist circumference correlates with metabolic syndrome indicators better than percentage fat. *Obesity*. 2006; 14: 727-736.
33. Alhamdan AA. Body mass index, waist, waist to hip ratio and lipid profile in elderly subjects living in a nursing home. *J. Med. Sci*. 2008; 8(2): 177-181.
34. Zahorska-Markiewicz B. Metabolic effects associated with adipose tissue distribution. *Advances in Medical Sciences* 2006; 51: 111-14.

Recebido: 27/7/2010

Revisado: 17/3/2011

Aprovado: 27/7/2011

Avaliação e reabilitação vestibular no indivíduo idoso

Vestibular assessment and rehabilitation in the elderly

Natália Daniela Rezende Mirallas¹
Marta Helena Souza De Conti¹
Alberto De Vitta¹
Ruy Laurenti¹
Sandra de Oliveira Saes¹

Resumo

Considerando a necessidade de propiciar melhora na qualidade de vida do idoso e a elevada incidência de queixas relacionadas aos transtornos de equilíbrio nessa faixa etária, este estudo teve como objetivo avaliar o equilíbrio estático e dinâmico de indivíduos idosos com queixas de tonturas e verificar a eficácia da reabilitação vestibular (RV) individualizada, por meio da comparação do escore do *Dizziness Handicap Inventory* – DHI (questionário de *handicap*), antes do início da RV e no momento da alta ou, no máximo, após 12 sessões de reabilitação. Participaram da pesquisa 11 indivíduos de faixa etária acima ou igual a 60 anos, submetidos a diagnóstico otoneurológico, composto de avaliação otorrinolaringológica, audiológica, vectoeletronistagmografia e exames complementares, quando necessário. As principais queixas foram tonturas, desequilíbrio e quedas. Todos os pacientes tiveram diagnóstico de síndrome vestibular periférica, sendo dez irritativos e um deficitário unilateral. Pode-se observar que a maioria dos casos apresentou desaparecimento de seus sintomas ou significativa diminuição em suas manifestações, salvo dois pacientes que apresentavam doenças associadas ou não seguiram as orientações dadas. A RV individualizada mostrou ser um procedimento terapêutico eficaz na terceira idade e o DHI um instrumento importante no acompanhamento da evolução do paciente.

Palavras-chave:

Envelhecimento.
Labirinto. Reabilitação.
Qualidade de Vida,
Doença do nervo
vestibular.

Abstract

Considering the need to improve elderly's quality of life the high incidence of complaints related to equilibrium disturbance in this age group, this study aimed to evaluate the static and dynamic equilibrium of elderly who complain of dizziness and verify the individualized vestibular rehabilitation, comparing dizziness handicap inventory – DHI (handicap questionnaire) score before starting

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP, Brasil.

to exercise and at the moment of discharge or after 12 rehabilitation sessions. Eleven individuals aged sixty years or more participated in this research, undergoing otoneurologic diagnostic, composed by otorrinolaringologic assessment, audiologic, electron vector tomography and extras exams if needed. The main complaints were dizziness, lack of equilibrium and droppings. All patients were diagnosed with peripheral vestibular syndrome, being ten irritative and one one-sided. It can be noticed that in most cases the symptoms disappeared or decreased. Except for two patients who presented diseases associated or had not followed the orientations. The individualized vestibular rehabilitation has proved to be an effective therapeutic procedure in elderly and DHI an important tool in following patient's evolution.

Key words: Aging. Labyrinth. Rehabilitation. Quality of Life. Vestibulocochlear Nerve Diseases.

INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo ao longo das últimas décadas, principalmente pela redução da mortalidade em crianças, jovens e adultos, e também devido ao aumento da expectativa de vida. Outra razão são os avanços das ciências da saúde, que permitem a manutenção de diversas funções orgânicas e a restauração de grande parte das funções que já não ocorrem de forma adequada. Considerando o fato de ser comum o aparecimento de limitações físicas associadas a esta fase da vida, a perda da autonomia é a maior preocupação dos idosos.¹⁻³ Consequentemente, surge a necessidade de políticas adequadas para promover melhor qualidade de vida a essa faixa etária.

Envelhecer não necessariamente significa o acúmulo de fatores de risco de doenças não-transmissíveis. A possibilidade de envelhecer de forma saudável deveria se converter em prioridade das políticas públicas, não só pela questão da saúde, mas também pelo aspecto econômico – os idosos com incapacidades não são economicamente ativos e representam ônus para as finanças públicas.⁴

O envelhecimento pode comprometer a habilidade do sistema nervoso central em processar os sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, diminuindo a capacidade de modificações dos reflexos adaptativos. Tal processo degenerativo é responsável pela ocorrência de vertigem e/ou tontura e de

desequilíbrio na população geriátrica, sendo este um dos principais fatores que limitam a vida do indivíduo idoso.⁵

O equilíbrio depende dos sistemas visual, locomotor e vestibular, e da integração de suas atividades no sistema nervoso central. A crise vertiginosa no idoso costuma ser intensa e duradoura, acompanhada de palidez, sudorese, náusea, vômito e taquicardia, às vezes por vários dias.⁶

Um dos principais fatores que limitam a vida do indivíduo idoso é o desequilíbrio corporal, que em aproximadamente 80% dos casos não pode ser atribuído a uma causa específica, mas ao comprometimento do sistema de equilíbrio como um todo. Em mais da metade dos casos, o desequilíbrio tem origem entre os 65 e 75 anos, e cerca de 30% dos idosos apresentam os primeiros sintomas entre os 75 e os 85 anos. Apenas 15% dos casos apresentam algum diagnóstico a que se possa atribuir a instabilidade, permanecendo os outros 85% sem causa aparente para a situação de desequilíbrio.⁷

O tratamento dos idosos que apresentam limitações de locomoção minimiza o número de acidentes como quedas, favorecendo a sensação de independência e de orientação espacial.⁸ Para as vestibulopatias, existem opções terapêuticas como o uso de medicação antivertiginosa, tratamento cirúrgico, orientação nutricional, mudança de hábitos inadequados, psicoterapia e reabilitação vestibular (RV).⁹

A melhor atitude nos transtornos labirínticos é proceder por meio da múltipla abordagem

terapêutica baseada nos achados da avaliação vestibular e no diagnóstico sindrômico, topográfico e etiológico de cada caso, apropriando-se de todos os recursos disponíveis e cabíveis em cada situação.

A identificação precisa da causa do desequilíbrio deve envolver uma avaliação clínica direcionada à queixa do paciente, doenças associadas, bem como uma avaliação integral dos sistemas envolvidos no equilíbrio corporal e suas eventuais limitações.¹⁰ A associação de alterações em múltiplos órgãos e sistemas (cardiovascular, metabólico, neurológico, sensoriais, psicológico, hormonal) como desencadeante da tontura é a grande chave para a adequada abordagem do desequilíbrio no idoso. Há necessidade de abordagem multidisciplinar (otorrinolaringologistas, geriatras, cardiologistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas) para se obter a completa reabilitação do equilíbrio nesses pacientes, minimizando assim os riscos e morbidades associadas às quedas e ao isolamento social do indivíduo.¹⁰

Nos últimos anos, cada vez mais a RV vem sendo utilizada para a melhora do quadro de desequilíbrio. A RV tem como benefício, além da diminuição dos sintomas referidos pelos portadores de labirintopatias, a melhora do convívio social do idoso.¹¹ Trata-se de um recurso terapêutico aplicado como tratamento em pacientes com distúrbios do equilíbrio corporal, sendo a proposta de atuação baseada nos mecanismos relacionados à plasticidade neuronal do sistema nervoso central, para promover a estabilização visual durante os movimentos da cabeça, melhorar a interação vestibulo-visual durante a movimentação cefálica, ampliar a estabilidade postural estática e dinâmica nas condições que produzem informações sensoriais conflitantes e diminuir a sensibilidade individual à movimentação cefálica.¹²

A RV pretende restaurar a função de equilíbrio ou trazê-la o mais próximo possível do normal, sem a terapia medicamentosa.¹³ Tem como objetivo a melhora do equilíbrio global, da qualidade de vida e a restauração da orientação espacial por meio de exercícios que estimulam os fenômenos

de adaptação envolvendo a habituação e a compensação.

Um estudo mostrou que a intervenção terapêutica, por meio de exercícios de reabilitação, pode ser favoravelmente adotada, frente às queixas de alterações do equilíbrio corporal de idosos portadores de disfunções vestibulares periféricas de causa idiopática, aumentando a qualidade de vida dos sujeitos.¹⁴

Como medida quantitativa da evolução desses pacientes, Jacobson, em 1990,¹⁵ elaborou um questionário de *handicap* para tontura, o qual foi adaptado culturalmente à população brasileira por Castro em 2003,¹⁶ com o objetivo de verificar o grau de desvantagem que a disfunção vestibular causa na vida do paciente. O questionário avalia três escalas: a emocional e a funcional, com nove questões cada, e a escala orgânico-física, com sete questões, totalizando 25 questões. As respostas estipuladas e pontuadas de tal forma: “sim”, equivalendo a 4 pontos, “às vezes”, 2 pontos, e “não”, a nenhum ponto. A pontuação total varia de 0 a 100 pontos, e quanto mais próximo de 100, maior será a desvantagem causada pela alteração vestibular. A comparação do questionário pré e pós-reabilitação é feita por meio da avaliação da pontuação, e quando a diferença entre os resultados se encontra maior ou igual a 18 pontos, considera-se efetivo o procedimento.¹⁴

Considerando a necessidade e importância de estudos e programas que proporcionem melhoria da qualidade de vida do idoso, o presente estudo visa a avaliar o equilíbrio estático e dinâmico de indivíduos idosos com queixas de tonturas e verificar a eficácia da RV individualizada, por meio da comparação do escore do *Dizziness Handicap Inventory* – DHI (questionário de *handicap*), antes do início da RV e no momento da alta ou, no máximo, após 12 sessões de reabilitação.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido na Clínica de Educação para Saúde (CEPS) da Universidade do Sagrado Coração (USC), em Bauru-SP, e o projeto

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida Universidade, sob protocolo de número 78/06. Foram acompanhados 11 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico clínico de labirintopatia periférica realizado pelo otorrinolaringologista, que encaminhou os participantes para RV. Foram excluídos indivíduos com disfunções na coluna cervical, alterações reumatológicas e/ou ortopédicas gerais e cardíacas, que impossibilitavam a realização da RV.

Os pacientes que apresentavam os critérios de elegibilidade foram encaminhados pelos otorrinolaringologistas da CEPS, para a RV. Antes de iniciarem a RV propriamente dita, os pacientes foram orientados quanto aos objetivos e procedimentos do estudo, bem como sobre os princípios da RV. Todos os participantes concordaram com e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para sistematização diagnóstica, todos os pacientes incluídos passaram pelos mesmos procedimentos: avaliação e diagnóstico otorrinolaringológico composto por anamnese, exame clínico e encaminhamento para avaliação funcional do sistema auditivo periférico e sistema vestibular, que compreendeu a audiometria tonal limiar, logaudiometria, imitanciometria, pesquisa do nistagmo de posição e posicional e vectoeletronistagmografia. A classificação do grau de perda auditiva foi realizada segundo o BIAP (Bureau International d'AudioPhologia)¹⁷. Os parâmetros de realização e análise da logaudiometria e imitanciometria foram baseados em Santos & Russo.¹⁸

Para a realização do exame vestibular, foi recomendada a abstenção de ingestão de café, chá mate e chá preto, bebida alcoólica, chocolate, cigarro, refrigerante com cafeína, nas 72 horas que antecederam a realização do exame. O paciente foi orientado a não ingerir medicamentos sem a orientação médica.

A ocorrência e características do nistagmo de posicionamento e do nistagmo de posição, como latência, fatigabilidade, duração e sintomas

associados foram analisadas de acordo com Herdmann¹⁹ e Caovilla et al.²⁰ A sequência e análise das demais provas da avaliação do sistema vestibular por meio da vectoeletronistagmografia foram realizadas de acordo com os critérios de Mangabeira et al.²¹ e Caovilla et al.²⁰

Antes de iniciarem o processo de RV, todos os pacientes foram orientados quanto aos objetivos, aplicabilidade, fatores favoráveis e desfavoráveis, além da necessidade de colaboração e participação ativa dos mesmos. Aplicou-se então o DHI como procedimento pré-reabilitação e repetido após o término da terapia.

Iniciando a reabilitação propriamente dita, foram realizadas provas terapêuticas, a fim de instituir o planejamento terapêutico personalizado. Os exercícios prescritos tiveram como objetivo a estimulação do equilíbrio estático e dinâmico, além dos reflexos cérvico-ocular, vestibulo-cervicais e vestibulo-oculares. Foram indicados os exercícios que proporcionavam o aparecimento de sintomas labirínticos, sendo que os mesmos deveriam ser praticados duas vezes ao dia, durante todos os dias. O tempo de RV variou de acordo com a evolução do paciente, tendo como tempo mínimo de um mês e finalização até que os sintomas desaparecessem completamente ou não interferissem mais na rotina do paciente, ou seja, que não houvesse mais queixas.

Ressalta-se que a proposta de reabilitação labiríntica no presente estudo teve caráter individualizado, sendo portanto elaborada de acordo com o diagnóstico, sintomatologia e resultados obtidos no momento da prova terapêutica. A seguir encontram-se descritos alguns dos exercícios propostos aos pacientes.

1. deitar em decúbito dorsal e virar para decúbito ventral, fazendo o movimento dos exercícios descrito acima, elevando os braços;
2. sentar com os membros inferiores estendidos, mover para decúbito dorsal e depois para sentado novamente;

3. sentar na cama ou no leito, com os membros inferiores para fora, levar o corpo para trás e depois para frente;
4. sentar em uma cadeira e fazer uma retroversão e antiversão com a pelve;
5. deitar em decúbito dorsal e após sentar-se, fazendo dissociação de cinturas;
6. a partir da posição sentada, ficar em pé, sem usar os membros superiores;
7. andar em linha reta olhando alternadamente para os lados;
8. andar para trás, ajustando o corpo;
9. andar para os lados, cruzando um membro inferior na frente do outro, ajustando o corpo;
10. andar reduzindo a largura dos passos, ajustando o corpo;
11. caminhar para frente e para trás realizando os movimentos de rotação e flexo-extensão de cabeça.

Para os pacientes que tiveram diagnóstico de vertigem postural, foi executada a manobra de Epley.¹³

Após a coleta dos dados, os resultados foram descritos individualmente e comparadas as respostas do DHI, sendo considerada como melhora a diminuição em 18 ou mais pontos na soma das escalas.

RESULTADOS

A análise dos dados revelou que, dos 11 casos estudados, oito eram do sexo feminino. As queixas mais comuns trazidas pelos participantes foram de tontura, vertigem postural, queda e náusea. As doenças mais encontradas foram depressão, hipertensão arterial, transtorno vascular, alterações de hormônios femininos e tireoideanos.

Quanto à avaliação audiológica, nove participantes apresentavam curva audiométrica descendente do tipo sensorioneural, variando o

grau de leve a severo, e dois participantes apresentaram avaliação audiológica dentro dos padrões de normalidade. Todos os pacientes atendidos realizaram provas posturais e a vectoeletronistagmografia, as quais demonstraram ser importante método no diagnóstico e orientação terapêutica. Na existência de doenças associadas ou sinais sugestivos de outras morbidades, foi necessária a complementação por meio de exames laboratoriais e/ou de imagem.

Dos resultados obtidos na avaliação vestibular, oito participantes tiveram diagnóstico de síndrome vestibular periférica irritativa, e destes, cinco foram diagnosticadas pelo ORL como vertigem postural paroxística benigna (VPPB); um, deficitária unilateral; um, deficitária unilateral associada a um quadro irritativo (contra-lateral, por compensação), e um, inconclusiva. A história clínica dos pacientes apresentados foi sempre condizente com o quadro diagnosticado, ou seja, nos casos de VPPB, a presença da tontura era desencadeada por movimentos específicos do corpo e/ou cabeça.

Nos casos estudados, uma paciente se automedicava e permaneceu com esse hábito, mesmo após as orientações realizadas, ao longo de todo processo terapêutico. As orientações enfocavam os possíveis efeitos deletérios, restrições e contraindicações. Dos participantes, dois realizavam acompanhamento psicológico, pois apresentavam o quadro de depressão associado. Quanto à realização de atividade física, verificou-se que cinco não praticavam, três realizavam esporadicamente e apenas três realizavam antes de iniciarem o tratamento. Todos foram orientados quanto à importância de tal prática.

Quanto à alimentação, a maioria controlava a ingestão de gorduras e açúcares, porém quanto à regularidade de intervalo entre as refeições, seis pacientes alimentavam-se de maneira adequada, três deles de maneira regular e dois alimentavam-se de maneira incorreta, realizando intervalos longos entre as refeições. Também foram orientados antes e durante todo o processo do tratamento para se alimentarem de maneira

saudável e em horários apropriados, revelando sempre a importância desses hábitos para a melhora do quadro labiríntico.

Alguns pacientes seguiram as orientações sobre atividade física, cuidados em relação à dieta alimentar e hábitos inadequados (sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e automedicação). Os pacientes que adotaram essas orientações e realizaram corretamente os exercícios de RV propostos apresentaram melhora de seus sintomas. Porém, alguns que continuaram com seus hábitos inadequados, mesmo realizando os exercícios de RV, relatavam piora na manifestação de seus sintomas após, por exemplo, fumar ou consumir bebidas alcoólicas.

Dos indivíduos atendidos, nove já haviam sido submetidos a tratamento medicamentoso, devido aos sintomas apresentados, mas não relatavam melhora; e apenas dois estavam buscando tratamento pela primeira vez e não haviam feito uso de medicamento para o quadro labiríntico.

Pode-se constatar que a múltipla abordagem diagnóstica possibilitou a escolha de condutas apropriadas para cada caso. Dos pacientes com diagnóstico de VPPB, três realizaram, como única opção terapêutica, a manobra de reposicionamento com boa resposta e alta da RV, apresentando DHI pós-reabilitação com valor 0 (zero). Outros dois referiram melhora após a realização da manobra de reposição, mas por não apresentarem desaparecimento total dos sintomas, foram submetidos a exercícios personalizados de RV. Dos oito casos submetidos à RV por meio de exercícios personalizados, observou-se melhora significativa dos sintomas por meio da comparação do DHI pré e pós-reabilitação em seis pacientes, ou seja, diminuição de 18 pontos ou mais no escore do DHI.

A aceitação e participação ativa na terapêutica da RV foram comuns entre os pacientes participantes, os quais realizavam regularmente os exercícios propostos. Contudo, a mudança de hábitos alimentares, a prática de atividades físicas e o abandono de hábitos deletérios nem sempre foram seguidos. Observou-se que dos dois casos que não apresentaram boa evolução, um manteve hábitos deletérios (tabagismo e etilismo) e um apresentava diagnóstico de depressão e fazia uso de medicação depressora do labirinto, o que possivelmente contribuiu para o insucesso terapêutico.

Neste estudo, observou-se que os pacientes submetidos a RV tiveram seus sintomas eliminados ou diminuídos, e mesmo com fatores desfavoráveis (hábitos inadequados, multimedicação, etc.), a RV mostrou-se um procedimento terapêutico que proporciona melhora sintomatológica em curto período de tratamento para os idosos. No entanto, a adesão a todas as orientações e práticas propostas para a RV é essencial para garantir bom prognóstico, uma vez que os indivíduos que não seguiram as orientações dadas apresentaram pouca ou nenhuma melhora em seus quadros.

Os resultados do DHI, pré e pós-reabilitação vestibular, revelaram significativa melhora em todas as escalas avaliadas. A média dos resultados do DHI pré foi 42,54 pontos e do pós, 24,18 pontos, caracterizando uma melhora média de 18,36 pontos, conforme ilustrados na tabela 1. Dos participantes, nove apresentaram melhora significativa entre o pré e o pós-reabilitação; destes, três referiram desaparecimento total dos sintomas, diminuindo a pontuação para zero. Um paciente apresentou piora em suas respostas no questionário pós-reabilitação e outro se manteve igual nos questionários pré e pós-reabilitação.

Tabela 1 – Total dos valores individuais do DHI, pré e pós-reabilitação vestibular. Baurú, SP, 2010.

Pacientes	Pontuação DHI	
	Pré-reabilitação	Pós-reabilitação
1	34	00
2	32	12
3	56	34
4	46	46
5	42	44
6	64	36
7	42	50
8	60	38
9	16	06
10	48	00
11	28	00
Total	468	266
Média	42,54	24,18

Na tabela 2, encontram-se os resultados referentes à média de pontuação obtida em cada questão do DHI, pré e pós-reabilitação. Os resultados referentes à média de cada escala do DHI pré e pós-reabilitação encontram-se na tabela 3. Das três escalas analisadas pelo DHI, observou-se que a escala funcional foi a que apresentou maior melhora na comparação pré e pós, seguida das escalas emocional e orgânico-física.

Como se observou neste estudo, a escala orgânico-física foi a mais afetada, provavelmente pelo fato de que os participantes apresentavam queixas posturais, evidenciadas pela escala orgânica. A maioria dos idosos apresentou melhora total ou parcial de seus sintomas porque seguiram as orientações dadas ao longo das sessões, modificaram hábitos que prejudicavam sua qualidade de vida, além de realizarem os exercícios em casa conforme orientação.

DISCUSSÃO

A diminuição dos sintomas associados à labirintopatia favorecendo uma melhora na qualidade de vida e na socialização do idoso é tema de interesse dos profissionais que atuam neste grupo etário. No presente estudo, observou-se prevalência de doenças labirínticas para

mulheres (8:3). Dados semelhantes são descritos na literatura, que atribui tal prevalência às alterações hormonais e metabólicas que as atingem em maior proporção e comprometem diretamente o funcionamento do sistema vestibular.²²⁻²⁴

Os sintomas caracterizados por tontura, vertigem postural, queda e náusea foram os mais referidos pelos participantes e comprometem significativamente a vida do indivíduo, levando-o muitas vezes a abandonar atividades ocupacionais, criar dependência de familiares e até se isolar socialmente. Estudos apontam que as principais queixas relatadas pelos pacientes idosos são transtornos do equilíbrio, zumbido, dificuldade auditiva, quedas e náusea, sintomas decorrentes de comprometimento do sistema auditivo e vestibular.^{5,25} Indivíduos com queixas de tonturas frequentemente relatam desconforto, embaraço social e medo da incapacidade física, e pessoas sem disfunções psiquiátricas podem desenvolver sinais de ansiedade e pânico depois de uma crise vestibular.²⁶

Quanto às doenças presentes, buscou-se conscientizar os pacientes das implicações destas na sintomatologia vestibular e alertá-los para a necessidade de controle sistemático dessas morbidades, conduta que colabora com a recuperação e/ou manutenção do equilíbrio. Os

Tabela 2 - Média de pontuação obtida em cada questão do DHI, pré e pós-reabilitação. Baurú, SP, 2010.

Questões	Pré-reabilitação	Pós-reabilitação
O-1. Olhar para cima aumenta seu problema?	2,91	1,64
E-2. Sente-se frustrado(a) em razão de seu problema?	2,73	1,45
F-3. Por causa do seu problema, você restringe as viagens de trabalho ou recreação?	2,00	0,73
F-4. Andar no corredor de um supermercado aumenta seu problema?	1,45	1,09
F-5. Em decorrência do seu problema, você tem dificuldade para deitar-se ou levantar-se da cama?	1,82	0,18
F-6. O seu problema restringe muito a sua participação em atividades sociais, como sair para jantar, ir ao cinema, dançar ou ir às festas?	1,45	0,00
F-7. Por causa do seu problema, você tem dificuldade para ler?	0,73	0,55
F-8. A execução de atividades como esportes, dança, pequenas tarefas caseiras, como varrer ou retirar os pratos, aumenta seu problema?	2,00	1,45
E-9. Você tem medo de sair de casa sem que alguém o(a) acompanhe por causa do seu problema?	1,27	0,36
E-10. Você se sente envergonhado(a) diante de outras pessoas por causa do seu problema?	0,91	1,27
O-11. Movimentos rápidos de cabeça aumentam seu problema?	2,55	1,82
F-12. Você evita alturas por causa de seu problema?	3,09	1,45
O-13. Virar-se na cama aumenta seu problema?	1,09	0,73
F-14. É difícil para você realizar trabalhos caseiros?	1,27	0,91
E-15. Em decorrência do seu problema, você tem medo que as pessoas pensem que está drogado(a)?	1,45	0,91
O-16. É difícil de caminhar sozinho(a) por causa do seu problema?	1,09	0,18
O-17. Andar numa calçada aumenta seu problema?	0,91	1,45
E-18. Você sente dificuldade para se concentrar por causa do seu problema?	2,18	1,09
O-19. Em razão do seu problema, é difícil para você andar pela casa no escuro?	1,45	1,45
E-20. Por causa do seu problema, você tem medo de ficar sozinho(a) em casa?	1,27	0,36
E-21. Você se sente prejudicado(a) em razão do seu problema?	3,27	1,64
E-22. O seu problema provocou tensão em seu relacionamento com familiares ou amigos?	0,91	0,18
E-23. Você se sente deprimido(a) por causa do seu problema?	1,45	0,91
F-24. O seu problema interfere no trabalho ou em suas responsabilidades com afazeres domésticos?	1,64	1,09
O-25. Abaixar a cabeça aumenta seu problema?	3,27	2,18

Tabela 3 - Média das escalas emocional, orgânico-física e funcional do DHI pré e pós-reabilitação. Baurú, SP, 2010.

Média das escalas	Pré-reabilitação	Pós- reabilitação	Comparação
Emocional	1,71	0,90	0,81
Orgânico-física	1,89	1,35	0,54
Funcional	1,71	0,82	0,89

antecedentes mórbidos de cada paciente podem revelar alguma doença pessoal ou familiar que possa estar implicada na origem das tonturas, tais como afecções hereditárias, distúrbios metabólicos e/ou cardiovasculares, alterações visuais, migrânea, *diabetes mellitus*, esclerose múltipla e depressão, dentre outras doenças associadas.^{27,28}

A prevalência da configuração audiométrica encontrada foi de acordo com o esperado para a faixa etária estudada, ou seja, configurações características da presbiacusia, isto é, perda auditiva bilateral, progressiva, com rebaixamento nas frequências mais altas. Prejudicou-se assim a inteligibilidade de fala, acompanhada ou não de zumbido,¹⁸ podendo ser causada pelo aumento da rigidez das membranas tectória e basilar e de outras partes do órgão de Corti, que tendem a se agravar com o passar da idade.²⁹

A história clínica associada aos resultados das avaliações realizadas evidenciou que a maioria dos participantes apresentava transtornos vestibulares periféricos.

Entre as vestibulopatias periféricas, as vertigens posturais caracterizadas como VPPB são comuns em indivíduos da população geriátrica. Muitas vezes, o paciente consegue relatar quais movimentações posturais desencadeiam tais sintomas.^{12,28}

A VPPB é considerada uma das vestibulopatias periféricas mais frequentes, prevalente nos idosos e em pacientes do gênero feminino. Uma das principais e mais utilizadas opções terapêuticas para a VPPB consiste em manobras de reposicionamento dos otólitos de volta ao utrículo. Uma das manobras de reposicionamento mais conhecidas é a Manobra de Epley, descrita

em 1992, que apresenta excelentes resultados na prática clínica.³⁰

Diversos são os fatores que podem interferir no processo terapêutico. O uso da multimedicação ou automedicação desnecessária pode ser a causa da tontura vestibular e sintomas associados, além de hábitos inadequados de alimentação, vícios (álcool, fumo, abuso de café), vida sedentária e estresse, que podem ser causas ou importantes fatores agravantes de labirintopatias. O acompanhamento psicológico pode ser necessário em alguns casos, frequentemente associado à ansiedade, depressão, pânico ou insegurança física.^{28,29}

A atividade física associa-se a numerosos benefícios à saúde, pois os exercícios, além de promoverem melhora do metabolismo geral, são importantes na estimulação proprioceptiva e postural, promovendo a aceleração da compensação vestibular. Estudo indica que indivíduos com vida social ativa, praticantes de algum tipo de atividade física tendem a apresentar menos queixas de tonturas.⁵ Uma vida sedentária associada a distúrbios do sistema vestibular pode provocar forte impacto na qualidade de vida dos pacientes.¹⁴

Estudos relatam que as maiores causas dos problemas metabólicos são as dietas inadequadas e a indisciplina alimentar, que influem em aumento da ingestão de açúcares e gorduras. As refeições devem ser distribuídas de forma adequada ao longo do dia, em três etapas: desjejum, almoço e jantar com pequenos lanches entre elas.³¹

A conduta mais recomendada atualmente refere-se ao esclarecimento diagnóstico do quadro

labiríntico ao paciente e a conscientização da adesão no processo terapêutico. Os médicos têm optado, cada vez mais, pelo encaminhamento para RV e adequação dos hábitos de vida, sendo os medicamentos utilizados apenas em alguns casos. O prognóstico das labirintopatias periféricas costuma ser excelente, com a terapia otoneurológica por meio da realização das manobras de reposição labiríntica, integrada a RV, tratamento etiológico, orientação nutricional, modificação de hábitos, medicação antivertiginosa e eventual aconselhamento psicológico.³²

Baseando-se na literatura^{6,8,9,26,29} e nos resultados do presente estudo, a RV mostrou-se uma proposta terapêutica eficiente no tratamento das labirintopatias. A elaboração de uma proposta personalizada favoreceu a diminuição das queixas trazidas pelos pacientes, fazendo com que a abordagem terapêutica fosse mais eficiente, o que corrobora com o referencial teórico.³³

O questionário de *handicap* para tontura permitiu verificar o grau de desvantagem que a disfunção vestibular causa na vida do paciente. Neste estudo, a escala física foi a mais afetada, provavelmente pelo fato de muitos indivíduos idosos levarem uma vida sedentária e estarem afastados de atividades profissionais e muitas vezes sociais, fazendo com que pequenas atividades domésticas passem a exigir maior atenção em sua execução.

Fielder et al., em 1996,³⁴ também verificaram que tanto para os homens quanto para as mulheres o desempenho das funções físicas foi significativamente mais afetado pelos efeitos da vertigem em relação aos outros aspectos avaliados pelo DHI. Estudo em idosos apontou que o comprometimento das escalas orgânico-física e funcional foi maior que a emocional antes da aplicação dos exercícios. Após a RV, observou-se melhora no aspecto total e nas escalas avaliadas, sendo que a física apresentou melhora significativa em relação às outras.¹⁴

A RV demonstrou ser um procedimento terapêutico que proporciona melhora sintomatológica em curto período de tratamento para os idosos. No entanto, a necessidade de adesão a todas as condutas e orientações propostas para a RV e a existência de doenças associadas ao quadro labiríntico caracterizam limitações nesse estudo.

Baseando-se nos resultados, sugere-se a aplicação desses procedimentos em outras populações idosas e em outras faixas etárias, o que possibilitaria apresentar programas nos diversos níveis de saúde.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo possibilitaram concluir que a múltipla abordagem diagnóstica e terapêutica foi um importante recurso no diagnóstico e prognóstico dos transtornos labirínticos dos pacientes idosos participantes, com prevalência de síndrome vestibular periférica irritativa e predomínio de vertigem postural paroxística benigna, a qual apresentou melhor prognóstico.

A RV individualizada, associada às orientações quanto a mudanças de hábitos deletérios, adequação da alimentação e práticas de atividade física regular, contribuiu para o desaparecimento ou diminuição dos sintomas, sendo que para a maioria dos casos de VPPB a manobra de reposicionamento foi o único recurso terapêutico utilizado.

A RV mostrou-se um método fácil de ser aplicado e capaz de proporcionar melhora na qualidade de vida, envolvendo os aspectos biopsicossociais dos pacientes idosos, mesmo quando o desaparecimento dos sintomas não foi total.

O DHI mostrou-se de fácil aplicação e a análise de seus dados pré e pós-tratamento foi fundamental para monitorar e quantificar a evolução terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Mitre EL. Aspectos otorrinolaringológicos do idoso. In: Suzuki HS. Conhecimentos essenciais para atender bem o paciente idoso. São José dos Campos: Pulso; 2003. p. 25
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso. Cad. Saúde Pública 2003;19 (3): 793-98
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. [Acesso em 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento saudável 2006 . [Acesso em 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=197>
5. Ruwer LS, Rossi AG, Simon LF. Equilíbrio no idoso. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2005; 71 (3): 298-303
6. Fukuda Y. Distúrbio vestibular no idoso. In: Ganança MM, Vieira RM, Caovilla HH. Princípios de Otoneurologia. São Paulo: Atheneu; 1998 p.69-73
7. Belal JR, Gloric A. Desequilíbrio of aging. J. Laryngol Otol 1986;100:1037- 41.
8. Bittar RSM, Simoceli L, Pedalini MEB, Bottino MA. Repercussão das medidas de correção das comorbidades no resultado da reabilitação vestibular de idosos. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2007;73 (3): 295-8
9. Ganança FF, Ganança CF. Reabilitação vestibular Princípios e Técnicas. In: Ganança MM, Munhoz MSL, Caovilla HH, Silva MLG. Estratégias Terapêuticas em Otoneurologia. São Paulo: Atheneu; 2000. v.4, cap 3.
10. Simoceli L, Bittar RMS, Bottino MA, Bento RF. Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2003; 69(6):772-77
11. Zanardini FH, et al. Reabilitação vestibular em idosos com tontura. Pró-Fono Rev Atualização Científica 2007;19 (2):177-84
12. Resende CR, Taguchi CK, Almeida JG; Reabilitação vestibular em pacientes idosos portadores de vertigem posicional paroxística benigna. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2003;69(4):34-38
13. Taguchi CK. Reabilitação Vestibular. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia .São Paulo: Roca; 2004.
14. Silveira SR, Taguchi CK, Ganança FF. Análise comparativa de duas linhas de tratamento para pacientes portadores de disfunção vestibular periférica com idade superior a sessenta anos. Acta AWHO. 2002 jan-fev;21(1).
15. Jacobson GP, Newman CW. The development of the dizziness handicap inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990; 116: 424-7.
16. Castro ASO. Dizziness handicap inventory: adaptação cultural para o português brasileiro, aplicação e reprodutibilidade e comparação com os resultados a vestibulometria. . São Paulo: Univ. Bandeirante de SP; 2003.
17. Bureau International d'AudioPhologia. Audiometric classification of hearing impairment. [Acesso em 18 aug 2006]. Disponível em: <http://www.biap.biapanglais/rec021.eng.htm>.
18. Santos TM, Russo ICP. A Prática da Audiologia Clínica. 5 ed. São Paulo: Editora Cortez; 2005.
19. Herdman SJ, Tusa RJ. The diagnosis and treatment of benign paroxysmal positional vertigo Schaumburg : ICS Medical Corporation; 1999.
20. Caovilla HH, Ganança MM, Munhoz MSL, Silva MLG. Equilibrimetria Clínica. São Paulo: Atheneu; 2000.
21. Mangabeira APL. Atlas de Vectoelectronistagmografia. São Paulo: Ache; 1984.
22. Mizukoshi K, Watanabe Y, Shoyaku H, Okubo J, Watanabe I. Epidemiological study on benign paroxysmal positional vertigo. Acta Otolaryngol (Stockh) 1988; 105 (Supl 447);67-72.
23. Pollak L, Davies RA, Luxon LL. Effectiveness of the particle repositioning maneuver in benign paroxysmal positional vertigo with and without additional vestibular pathology. Otol. Neurotol 2002;23(1):79-83.
24. Koga KA, Resende BD, Mor R. Estudo da prevalência de tonturas/vertigens e das alterações vestibulares relacionadas a mudança de posição de cabeça por meio da vectoelectronistagmografia computadorizada. Rev Cefac 2004; 6(2):197-202

25. Ganança MM, Caovilla HH. A vertigem e Sintomas Associados. In: Ganança MM, Vieira RM, Caovilla HH. Princípios de Otoneurologia. São Paulo: Atheneu;1998. v. 1.
26. Ganança FF, Castro ASO; Branco FC, Natour J. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2004;70(1):94-101
27. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MSL, Silva MLG. Como diagnosticar e Tratar Alterações da Audição e do Equilíbrio Corporal no Idoso. Rev. Otorrinolaringol 1999; 56(10).
28. Gushikem P, Caovilla HH, Ganança MM. Avaliação otoneurológica em idosos com tontura. 2001. [Acesso em 05 jun 2006]. Disponível em: [http:// www.actaawho.com.br](http://www.actaawho.com.br)
29. Ganança MM, Caovilla HH. Como lidar com as tonturas e sintomas associados. In: Ganança MM, Munhoz MSL, Caovilla HH, Silva MLG. Estratégias terapêuticas em otoneurologia. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1-20.
30. Ganança CF. O exame otoneurológico e a deficiência auditiva. In: Lopes Filho O. Tratado de Fonoaudiologia. Ribeirão Preto: Tecmed; 2005.
31. Ramos S, Ramos RF. Medidas complementares no tratamento da vertigem. In: Ganança MM. Vertigem tem cura? São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
32. Silva MLG, Munhoz MSL, Ganança MM, Caovilla HH. Quadros clínicos otoneurológicos mais comuns. São Paulo: Ed. Atheneu; 2000. v. 3.
33. Nishiro LK, Ganança CF, Manso A, Campos CAH, Korn GP. Reabilitação vestibular personalizada: levantamento de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de otoneurologia da ISCMSP. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2005;71 (4):440-47.
34. Fielder H, et al. Measurement of health status in patients with vertigo. Clin Otolaryngol 1996;21:124-6.

Recebido: 24/8/2010

Revisado: 27/5/2011

Aprovado: 04/7/2011

Representação social do idoso do Distrito Federal e sua inserção social no mundo contemporâneo a partir da Internet

Social representation of the elderly in the Distrito Federal and their social inclusion in the modern world from the Internet

Maria Aparecida Santana Ferreira¹
Vicente Paulo Alves¹

Resumo

Sendo o estudo do uso da internet pelos idosos um tema recente na gerontologia, este artigo relata uma pesquisa que levou em consideração a inserção dos idosos na sociedade das tecnologias de informação e comunicação (TIC) a partir da teoria da representação social dos idosos, que residem no Distrito Federal e acessam a internet. Tem como objetivo discutir e analisar a construção das representações sociais dos idosos residentes no Distrito Federal sobre a internet, na busca de verificar se os idosos estão acompanhando as profundas transformações da sociedade das tecnologias informacionais e comunicacionais. Como procedimento metodológico adotou-se a observação, a entrevista semi-estruturada, o programa ALCESTE para a análise de conteúdo, que conta a quantidade de unidades de contexto elementares (UCE), que correspondem à idéia de frase mais calibrada em função do tamanho do texto, avaliada em número de palavras analisadas e conforme a ordem de prioridade. Verificou-se que há um rompimento da visão negativa de que a velhice é uma fatalidade e um tempo de solidão, porque novas possibilidades se abrem para os idosos com a internet, que pode inseri-los no mundo contemporâneo, permitindo-lhes criar novos laços de amizade e novas interações sociais.

Palavras-chave: Idoso.
Internet. Envelhecimento.
Conhecimento em informática.
Representação Social.

Abstract

Being the study of Internet use by the elderly a recent theme in gerontology, this article reports a study that took into account the inclusion of the elderly in the society of information technology and communication (TIC) from the theory of social representation of the elderly, who residing in the Federal District and access the Internet. Aims to discuss and analyze the construction of social

¹ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, da Universidade Católica de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

representations of elderly residents in the Federal District on the Internet, searching to verify that the elderly are following the profound social transformations of informational and communicational technologies. The methodology adopted is observation, semi-structured interview, the program ALCESTE for content analysis that counts the number of elementary context units (UCE), which correspond to the idea of phrase more calibrated according to the size of text, measured in number of words and analyzed according to the order of priority. It was found that there is a disruption of the negative view that aging is a fatality and a time of loneliness, because new possibilities are opened for the elderly with the Internet, you can enter them in the contemporary world, allowing the to create new links new friendships and social interactions.

Key words: Elderly. Internet. Aged. Computer Literacy. Social Representation.

INTRODUÇÃO

Em uma realidade em que o processo de envelhecimento se apresenta de forma acelerada e a introdução das novas tecnologias sinaliza o surgimento de um tempo histórico, a mobilização em prol da inclusão digital do idoso se torna uma necessidade premente. Centrado na questão da inserção digital dos idosos, esse relato de pesquisa tem como objetivo discutir e analisar a construção das representações sociais dos idosos residentes no Distrito Federal sobre a internet na busca de verificar se os idosos estão acompanhando as profundas transformações da sociedade das tecnologias informacionais e comunicacionais (TIC) que impactaram suas vidas de forma a ultrapassar fronteiras e transformar a tecnologia em uma alavanca para a inclusão social dos mesmos, conforme se pode perceber nas pesquisas anteriores de estudiosos como Kachar,¹ Christ et al.,² Garcia,³ Brito & Faleiros⁴ e Guedes & Cárdenas.⁵

Esse trabalho justifica-se em razão de sua relevância social e acadêmica que possibilita abrir outras visões de mundo, que desvele o preconceito existente contra os idosos, auxiliando-os a buscar nas TIC novos caminhos e/ou possibilidades de continuar a aprender, melhorar suas formas de entender a qualidade de vida, o pertencimento a uma sociedade tecnológica e à capacitação para defesa de seus direitos por meio da internet, levando-os a enfrentar e derrubar esses preconceitos sociais, políticos e culturais que insistem em perdurar na sociedade atual.

Para entender como a internet é percebida e representada pelos idosos residentes no Distrito Federal e como ela oportuniza a compreensão de comportamentos e sentimentos para com estes, recorreremos à representação social, idealizada por Moscovici,⁶ enquanto um *corpus* organizado de conhecimento, de origem parcial da ciência ou do universo reificado. Elaborado segundo Lopes et al⁷ por determinado grupo sobre um objeto social relevante, que ao exercer as funções de direcionar comportamentos e facilitar a comunicação entre os membros do grupo que a compartilha gera desconforto, sendo incorporado ao conhecimento comum e assumindo lugar no universo consensual por meio da arte de conversação, diálogos e imagens criadas e propagadas. Para alcançar seu objetivo, o estudo lançou mão do método realizando uma abordagem qualitativa e estudos exploratórios que poderiam dar informações sobre a dimensão e a possibilidade de conhecer o fenômeno representações sociais dos idosos residentes no Distrito Federal sobre a internet. A abordagem qualitativa aqui utilizada permite que os sujeitos pesquisados possam ser observados quanto ao comportamento, à emoção, suposições e outros aspectos que podem influenciar na compreensão do tema objeto da pesquisa. A coleta de dados se dá a partir da observação, entrevista semi-estruturada e dos dados quantitativos (*software* ALCESTE), que é considerado um dos marcos no desenvolvimento de métodos de análise linguística, na análise de conteúdo no campo da psicologia social. O ALSCESTE é um método estatístico textual que procura identificar a

organização típica do discurso dos entrevistados, gerando diversos gráficos que podem ser compreendidos a partir de análise de conteúdo, que conta a quantidade de unidades de contexto elementares (UCE), que correspondem à idéia de frase mais calibrada em função do tamanho do texto, avaliada em número de palavras analisadas e conforme a ordem de prioridade.

O Idoso e a Internet

Para Czaga⁸ e Christ et al² muitos idosos na sociedade tecnológica informacional e de comunicação vivem no admirável mundo da internet. Estefenon et al⁹ e Kachar¹ complementam citando que a internet é a versão atual do “lugar vivo de verdade” ou da “janela para o mundo”, é onde eles se conhecem, paqueram, jogam, se comunicam, compram, apropriam, empoderam, exploram sua independência. Atravessou fronteiras, barreiras por meio da www, sites, e-mail, orkut, webcam, computador, vídeos e tantos outros produtos, acessórios e instrumentos que fazem parte do sistema de informação mundial. Nesse ambiente virtual o idoso absorve informações. Nessa realidade virtual ele é absorvido, pode trabalhar a sua ansiedade, confusão, tristeza, alegria.

Zimerman¹⁰ e Machado & Azevedo¹¹ complementam corroborando que as ferramentas de comunicação e informação disponíveis na internet se apresentam para todos aqueles que se mantém com o pensamento “jovem” pela busca constante de conhecimento, não importando a sua idade cronológica e sim a troca de experiências, conhecimentos e vivências disponíveis nas comunidades virtuais e e-mail.

Teoria das Representações Sociais

Para Moscovici⁶ as representações sociais constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação elemento primordial neste processo. Considerada “teoria do senso comum”, por serem criadas pelos grupos como forma de explicação

da realidade, a representação social formaliza uma “(...) modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (p. 26).

Jodelet¹² conceitua representação social como uma forma de conhecimento social que forma um saber histórico, cultural, geral, objetivo e prático que é elaborado e compartilhado por meio de valores, códigos e idéias de forma a contribuir para a construção de uma realidade comum.

As representações sociais sistematizadas por Abric¹³ se formam a partir do momento em que o novo conhecimento integra a saberes anteriores, fazendo-se novo algo assimilável e compreensível (função do saber), situando indivíduos e grupos no campo social, permitindo-lhes a elaboração de uma identidade pessoal e social (função identitária) e orientam comportamentos ou práticas “obrigatórias” na medida em que definem o que é aceitável em um dado contexto social (função de orientação) e permitem justificar *a posteriori*, os comportamentos e as tomadas de posição preservando e mantendo a distância social entre grupos (função justificadora).

Os processos fundamentais para a estruturação das representações sociais por um grupo foram identificados por Moscovici¹⁴ na formulação dos conceitos que se dão por objetivação e ancoragem.

A objetivação consiste em uma atividade imaginativa que dá forma ou figura ao conhecimento de um objeto. É o processo que torna concreto o que é abstrato, que materializa a palavra, que transforma o conceito em objeto e os torna intercambiáveis. Na realidade, ela substitui o conceito pelo que é percebido, o objeto pela sua imagem, a imagem torna-se o objeto e não sua representação. A imagem é sempre uma simplificação, necessariamente deformada do conceito que lhe deu origem.

A ancoragem se refere às significações que intervêm nas relações simbólicas existentes no grupo social que representa o objeto. Doise¹⁵ propõe uma análise da ancoragem das representações sociais a partir de uma classificação

em três modalidades: 1) A ancoragem do tipo psicológico, que diz respeito às crenças ou valores gerais e podem organizar as relações simbólicas com o outro; 2) A ancoragem do tipo psicossociológico, que inscreve os conteúdos das representações sociais na maneira como os indivíduos se situam simbolicamente nas relações sociais e nas divisões posicionais e categoriais próprias a um campo social definido; 3) A ancoragem do tipo sociológico, que se refere à maneira como as relações simbólicas entre grupos intervêm na apropriação do objeto.

Esses dois processos, objetivação e ancoragem, são complementares, ainda que aparentemente opostos: enquanto um busca criar verdades óbvias para todos e independentes de todo determinismo social e psicológico; o outro, ao contrário, refere-se à intervenção de tais determinismos à gênese e transformação dessas verdades. O primeiro cria a realidade em si, o segundo lhe dá significação.

METODOLOGIA

Para que se pudessem levantar maiores detalhes de como são as representações sociais da internet pelos idosos, propõe-se a partir do ponto de vista de Minayo¹⁶ uma abordagem qualitativa baseada em estudos exploratórios, quando não se tem informações sobre o tema a ser investigado e se deseja conhecer seu fenômeno. De acordo com Richardson et al,¹⁷ Brito & Faleiros⁴ e Guedes & Cárdenas⁵ a escolha da amostra (100 idosos) obedeceu a critérios como não ser analfabeto, acima de 65 anos e residir no Distrito Federal. A coleta de dados consistiu na realização de observações participantes e entrevistas semi-estruturadas. Na análise do conteúdo dos dados coletados foram empregados os passos sugeridos por Bardin¹⁸ e Moraes¹⁹ como identificação e transformação do conteúdo em unidades, classificação das unidades encontradas em

categorias, descrições das categorias e interpretação à luz de referencial teórico pertinente e pelo *software* ALCESTE (sigla francesa para *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), que é considerado um dos marcos no desenvolvimento de métodos de análise linguística, na análise de conteúdo no campo da psicologia social.²⁰ Essa pesquisa longitudinal abrangeu o período de agosto de 2008 a agosto de 2009 e respeitou a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, onde todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi registrada sob o N°. CEP/UCB 29/2008 no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília.

RESULTADOS

Para se obter os resultados da pesquisa foram inseridos no *software* ALCESTE 100 textos das entrevistas realizadas com os idosos. O ALCESTE constatou 17.273 formas de expressão que foram reduzidas a 911 formas distintas e 303 formas finais. A divisão do texto se fez por meio de 558 Unidades Contextuais Elementares (UCE), que são expressões organizadas e articuladas entre si em relação ao sentido do contexto analisado. Foram classificadas 481 UCE, correspondente a 86,20% das 558 iniciais. O próprio *software* estabelece os critérios de inclusão e de exclusão das UCE, ao escolher a significância das palavras, dentro das classes através da prova de associação do qui-quadrado (χ^2), razão de se haver excluído 77 UCE e trabalhar com o total de 481, que para o cálculo dos percentuais a seguir corresponderá a 100%. As UCE se encontram articuladas entre as classes 1, 3 e 4 e as 2 e 5. A Classe 1 compreendeu 96 UCE com 19,96% das mesmas. A Classe 2 contava com 95 UCE e 19,75%. A Classe 3, com 128 UCE e 26,61%. A Classe 4, com 40 UCE e 8,32% e a Classe 5, com 122 UCE e 25,36%.

Tabela 1 – Eixos, classes e percentual de UCE por classe. Brasília, DF, 2009.

Eixos	Classes	Quantidade de UCEs	Porcentagem %
Eixo 1 Envelhecimento: ganhos e perdas	3 - Perfil Físico e Psicológico	128	26,61
	2 - Identidade Social	95	19,75
Eixo 2 A Internet: vantagens e desvantagens	5- Sentimentos	122	25,36
	4 - Significado	40	8,32
	1 - Benefícios da Internet	96	19,96
Total		481	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise executada pelo *software* do total de UCE que o *corpus* tinha, proporcionou a formação de cinco classes de vocabulário, conforme foi mostrado acima na Tabela 1.

A partir dessa classificação geral partiu-se para análise de cada uma das classes. Sendo assim, na análise da Classe 1 destacou-se, conforme o Quadro 1, a Classificação Hierárquica Descendente, onde o ALCESTE apresentou as

palavras mais significativas dessa classe, segundo o χ^2 (qui-quadrado) presente, que foi utilizado como critério para a escolha das palavras mais importantes da classe, dada a sua função de demonstrar a capacidade de agregação de cada um das palavras. Assim, quanto maior o valor do χ^2 , mais importante é a palavra para a construção do sentido de cada classe, fazendo com que as palavras com mais peso no texto apareceram em primeiro lugar e as com menos peso, por último.

Quadro 1 – Classificação descendente hierárquica das classes. Brasília, DF, 2009

O Idoso e a Internet				
Eixo 1 – Envelhecimento: ganhos e perdas		Eixo 2 – A Internet: vantagens e desvantagens		
Classe 2 Identidade Social	Classe 3 Perfil Físico e Psicológico	Classe 1 Benefícios da Internet	Classe 4 Significado	Classe 5 Sentimentos
Contratar Trabalhar Escolher Sentir Experiência Saber Capacidade Usar Idade Sonhos Autonomia Identidade	Saúde Psicológica Física Morar sozinho Problema Memória Não gosto Propaganda Spams MSN Pornografia Hipertensão Diabete Artrose Fibromialgia	Assuntos Diversos Atualização Retorno Mercado Trabalho Educação Contribui Socialização Interesses Economia Política Serviços Cultura Programa	Persistência Harmonia Viver+ Ampliar grupo Passeios+ Aventura+ Estudar+ Criatividade Necessidade	Saudável Satisfeito Independência Orgulho Companhia Competência
19,75%	26,61%	19,96%	8,32%	25,36%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Nestas classes aparecem, predominantemente, variáveis referentes ao discurso dos idosos com mais de sessenta e cinco anos, residentes no Distrito Federal, com renda média de 4,5 salários mínimos, aposentados ou pensionistas e que utilizam a internet. Nos itens abaixo vemos o discurso dominante nessa classe, em que os sujeitos idosos relatam que o uso da internet contribui para a atualização e retorno da pessoa idosa ao mercado de trabalho. E que os assuntos que mais lhes interessam na internet são serviços, política, programas culturais, economia e educação.

Observa-se no Quadro 1 as frases selecionadas pelo ALCESTE como significativas do discurso das classes a partir de algumas Unidades de Contexto Inicial (UCI) e UCE selecionadas. Na

classificação ascendente da Classe 1, por meio de maior ou menor aproximação das correlações, encontramos uma forte associação entre “atualização”, “aposentado”, “retorno ao mercado de trabalho”, demonstrando nessa Classe que o idoso apresenta no seu discurso uma necessidade de se sentir útil e produtivo, buscando, portanto, na internet dados para essa concretização.

Na Classe 2 encontramos 95 UCE selecionadas, sendo que 19,75% das UCE correspondem também ao discurso dos idosos que falam de sua identidade social, que difere da Classe 1, quando se referem mais ao fato e à justificativa de se acessar a internet. Referem-se a seu envolvimento com a internet, evidenciando a sua capacidade de trabalhar, e referindo a sua experiência como principal qualidade para

retornar ao mercado de trabalho. Nesta classe observa-se que o envolvimento com a internet é relevante para que se sintam socialmente reconhecidos.

É um discurso diferente do apresentado na Classe 1, pois aqui o idoso fala da sua participação na sociedade, de sua identidade, sonhos e autonomia.

Na Classificação Hierárquica Ascendente verifica-se forte associação entre sentimentos, capacidade e escolha. Na associação feita pelo ALCESTE entre as palavras, quanto mais nos distanciamos do eixo para a direita, mais podemos ver associações que se articula em dois grandes blocos. Uma delas, articula o envolvimento com a internet e a outra com a sua situação relacional.

Assim, na fala dos autores idosos, de fato (incluindo as Classes 1 e 2) observa-se um discurso sobre a utilização da internet como justificativa e explicação.

A Classe 3 comporta 128 UCE, sendo que 26,61% traduzem o discurso dos idosos entrevistados que fazem referências a si mesmos, às suas saúdes físicas e psicológicas em conjunção com os recursos que não gostam na internet. Percebemos que há entre os idosos a prevalência de problemas de saúde como diabetes, artrose, fibromialgia e hipertensão arterial.

A questão que emerge da análise dessa Classe é de que a realidade do idoso e sua fala estão

realmente sendo adequadas ao perfil levantado até aqui (veja Quadro 1).

A Classe 4 compreende 40 UCE selecionados no *corpus* da pesquisa e 8,32% por UCE. Traduz no discurso dos idosos entrevistados o significado da internet para eles. Entre as palavras mais significativas selecionadas pelo ALCESTE encontram-se, em primeiro lugar “grupo”. As palavras desta classe como “passeios” e “aventura” reforçam a importância da internet na vida dos idosos entrevistados.

Na Classe 5 aparecem, predominantemente, as variáveis referentes ao discurso dos idosos em que eles consideram um hábito saudável o uso da internet, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida. Afirmam satisfação ao utilizarem a *webcam* e acessarem a conta bancária pela internet.

Na análise fatorial feita pelo ALCESTE, as coordenadas mostram que há uma similitude entre as Classes 4, 5 e 2 e uma separação entre essas e a 3 e 1. Na Classe 1 observa-se a contribuição da internet na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Na Classe 2 evidencia-se a construção da identidade social do idoso com o seu envolvimento com a internet como necessidade de ser sentir útil, vivo, produtivo e socialmente reconhecido. A Classe 3 delinea-se a partir do perfil do idoso entrevistado. Na Classe 4, verifica-se o interessante significado que os idosos atribuem à internet. A Classe 5 sinaliza a concretude do uso da internet na melhoria da qualidade de vida.

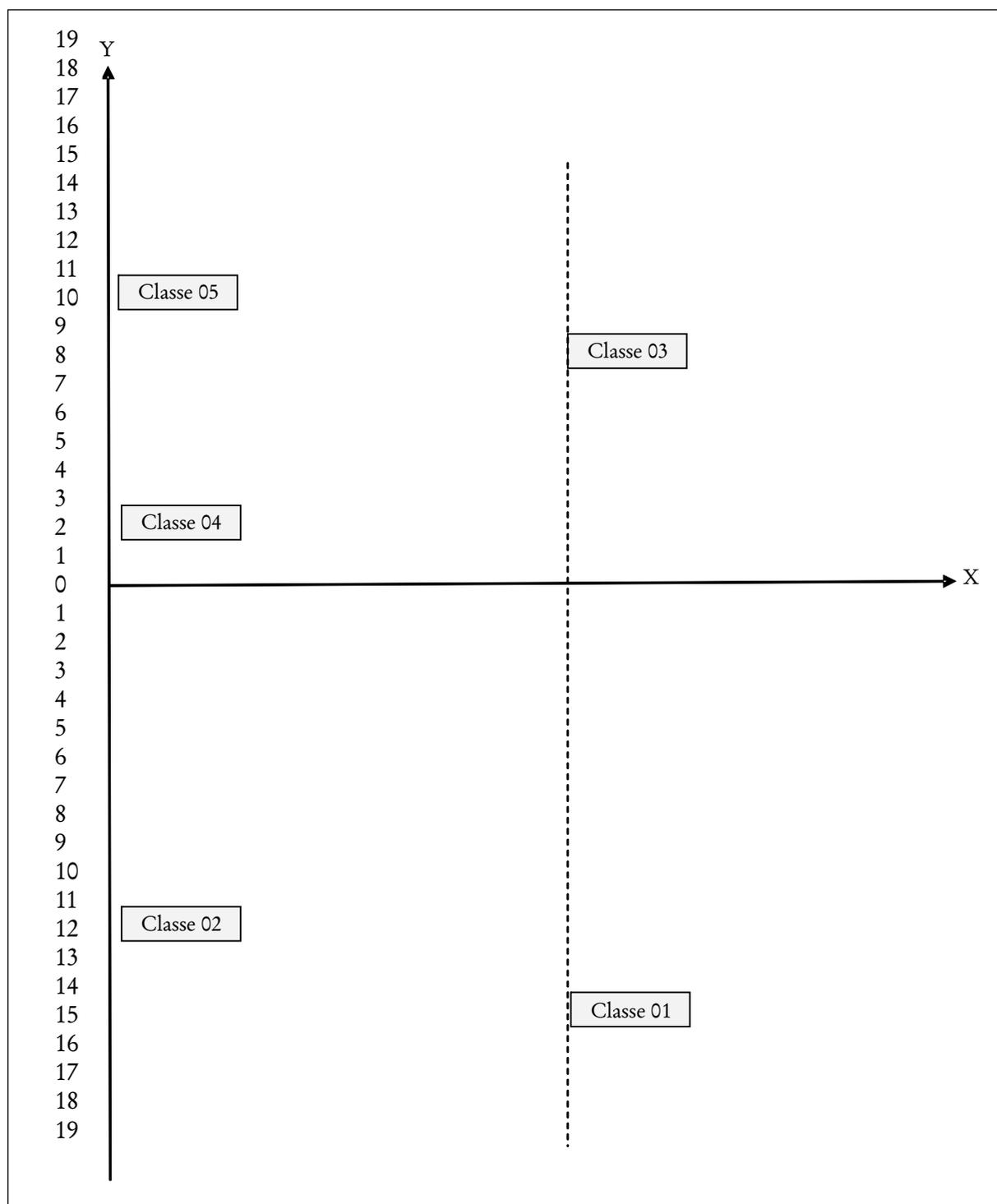


Gráfico 1 – Representação em Coordenadas. Brasília, DF, 2009.

No Gráfico 1, observamos no quadrante à esquerda no alto a Classe 5 e mais abaixo a Classe 4. No Quadrante à esquerda abaixo a Classe 2. No Quadrante à direita acima vemos a Classe 3 e no Quadrante à direita abaixo vemos a Classe 1.

Pelas coordenadas gráficas, percebe-se que há uma forte relação entre as Classes 4 e 5 e uma relação frágil entre as Classes 1 e 3, levando-se em conta que existe um valor de 0,12 na intersecção das Classes 2 e 4, 0,22 das Classes 2 e 5 e 0,8 entre as Classes 4 e 5.

O Perfil do Idoso do Distrito Federal

São apresentados aqui os resultados decorrentes da aplicação da entrevista semi-estruturada junto

aos idosos, acima de 60 anos, de ambos os sexos e residentes no Distrito Federal, na intenção de traçar o perfil dos idosos participantes, assim como conhecer suas representações sociais sobre a internet.

Tabela 2 – Variáveis e categorias sócio-demográficas dos idosos entrevistados. Brasília, DF, 2009.

Variável	Categoria	%
Sexo	Masculino	37
	Feminino	63
Faixa Etária	60-64	15
	65-69	20
	70-74	25
	75-80	30
	Acima de 80	05
Estado Civil	Solteiro(a)	09
	Casado(a)	30
	Viúvo(a)	41
	Div./Separado(a)	30
Com quem reside	Cônjuge	30
	Filhos	35
	Irmãos/Parentes	18
	Sozinho(a)	12
Nº de Filhos(vivos)	0 a 2	15
	2 a 4	15
	4 a 6	18
	6 a 9	42
	Acima de 9	10
Renda Familiar	Até 1 SM*	27
	1 a 2	08
	2 a 3	17
	3 a 4	12
	Acima de 4	38
Escolaridade	Stricto Sensu	10
	Especialização	19
	Graduação	21
	2º Grau (Ensino Médio)	14
	1º Grau Completo (Ens.Fundamental)	16
	1º Grau Incompleto	15
	Sem Escolaridade	05

*SM (Salário mínimo).

Fonte: Dados da Pesquisa.

A maioria dos idosos entrevistados foi na faixa etária compreendida entre 75 e 80 anos, conforme descrito na Tabela 2, com um número significativo de mulheres (63%), corroborando com o fenômeno da feminização já percebido pelos dados censitários, reforçando a predominância do gênero feminino na população brasileira. Brito

& Faleiros⁴ e Guedes & Cárdenas⁵ argumentam que essa tendência relaciona-se com a maior expectativa de vida das mulheres.

Com relação ao estado civil, viúvos ou viúvas têm um maior número (41%) em razão das perdas que se acentuam nesse processo de envelhecimento,

embora o número de casados e divorciados/separados seja surpreendentemente o mesmo (30%). Poucos são os que não possuem nenhum companheiro(a) e se declararam solteiros (9%), relatando uma origem familiar repleta de privações materiais e afetivas.

Independente do estado civil, há alguns idosos que moram sozinhos (12%), mas o restante do grupo reside com a segunda ou quarta geração: 30% dos idosos moram com seus cônjuges, 18% com parentes e 35% com os filhos. Os dados do Censo de 2010, realizado pelo IBGE²¹ mostram que esses números estão aumentando nos lares brasileiros, pois 59,5% dos idosos residem com os filhos e 9,1% com os netos.

A quantidade de filhos (vivos) que esses idosos tiveram é alta, sobressaindo a faixa dos 6 a 9 filhos (42%), seguido pela faixa anterior (de 4 a 6 filhos) com 18%. Empatados estão as primeiras faixas (nenhum filho a 2 filhos e de 2 a 4 filhos) com 15%.

A renda do grupo, apesar de diversificada, varia desde os que ganham até um salário mínimo até os estão acima de 4 salários mínimos; 40% são aposentados, 38% pensionistas, 12% exercem atividade econômica e 10% recebem o benefício da Previdência Social. Observa-se que 38% dos idosos ganham mais de 4 salários mínimos, no entanto há 27% que estão entre os que ganham até um salário mínimo.

Camarano,²² Brito & Faleiros⁴ e Guedes & Cárdenas⁵ afirmam que mais 60% da população idosa brasileira mantém os lares com filhos e netos em idade economicamente ativa. A renda dos idosos era responsável pela manutenção da casa e da sobrevivência da família.

Em relação à escolaridade dos idosos entrevistados, observa-se os dados da Tabela 2, que dos cem entrevistados, 21% são graduados, 10% tem mestrado ou doutorado, 19% especialização, 14% segundo grau, 16% primeiro grau, 15% primeiro grau incompleto e 5% sem escolaridade.

Todos os idosos entrevistados utilizavam a internet, que lhes abre oportunidades para relações

inter e intra-pessoal e intergeracional, proporcionando inclusive uma série de benefícios significativos, como conhecer pessoas da sua idade, compartilhar objetivos, esforços, desilusões, alegrias e opiniões.

Nesse sentido, o círculo de amizades e relações do idoso também é ampliado, contribuindo para romper situações de solidão, para fazer novos amigos, ampliar os temas de conversação e os assuntos nos quais pensam. Por outro lado, o encontro intergeracional supõe uma injeção de ânimo que ajuda a esquecer ou amenizar os problemas pessoais.

A internet faz com que o idoso, inconscientemente, encontre formas diferentes de enfrentar a vida e de entusiasmar-se com algo simples e acessível, tornando-se tolerante, aberto, compreensivo e, sobretudo, mais animado para viver de maneira plena, intensa e divertida, rompendo monotonias e rotinas domésticas, bem como relativizando os problemas pessoais e familiares, contribuindo para uma melhoria na vida.

Do ponto de vista social, a internet para Schirmacher²³ apresenta uma série de vantagens importantes para os idosos, no sentido de reconduzir progressivamente a terceira idade à sociedade atual, tendo em vista que, na sociedade contemporânea, seu papel ainda é impreciso e indefinido.

DISCUSSÃO

Após leitura cuidadosa do *corpus* coletado, procedeu-se à categorização das respostas obtidas. As unidades textuais da entrevista foram divididas e apresentadas nas categorias, subcategorias e elementos de análise encontrados na pesquisa que estão abaixo descritas.

Categoria Benefícios

Consiste em mostrar, a partir dos discursos dos idosos, as contribuições da internet na melhoria de sua qualidade de vida. Nela acoplaram percepções dos idosos entrevistados relacionados

aos benefícios proporcionados pela internet. A possibilidade de ser inserido socialmente no mundo contemporâneo fez com que idosos buscassem mais esse meio de comunicação.

Subcategorias benefícios

Potencial Intelectual: Para Teles²⁴ na tecnologia, os idosos se apropriam do conhecimento e da informação, se permitindo revelar o que pensam, pensar o que sentem e gostarem do que fazem, e com isso desvelarem os potenciais adormecidos, esquecidos, negligenciados por eles mesmos. Observamos na fala do entrevistado a seguir a recuperação e retenção de informações, assim como melhoria da habilidade mental:

Com a internet parece que minha mente voltou a funcionar. Penso mais, converso mais, lembro de coisas com mais facilidade (Sujeito M, 78 anos).

Socialização: Peixoto²⁵ argumenta que na fala dos idosos há transparência das contribuições da internet na vida deles: umas, relacionadas a espaço de encontros, convivência, solidariedade, conversações e trocas de experiências, outras, ao ato de se conhecer, de conhecer o outro, de entrar em contato consigo mesmo, com o novo, com o diferente. Expressou-se assim um dos pesquisados:

O dia todo fico sozinha, e com a internet eu não penso na minha solidão, pois entro em contato com um ou outro. Tem sempre gente pra conversar (Sujeito Z, 68 anos).

Qualidade de vida: A qualidade de vida é definida pela OMS²⁶ como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual o indivíduo vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações que trazem consigo. Para tanto, Néri²⁷ enfoca os desafios conceituais e práticos enfrentados pelos idosos na busca de sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, muitos dos idosos entrevistados fazem uso da internet para a promoção da sua saúde física, mental e de bem-estar social. Dessa forma, um dos idosos entrevistados comentou:

Com a internet, minha qualidade de vida melhorou muito. Me sinto útil, ajudo os outros passando minhas experiências pra eles. Eu sinto bem com isso (Sujeito E, 90 anos).

Categoria Sentimentos

Toda e qualquer palavra que denota emoções quando usada, pode ser classificada como sentimento, desde que possua uma forma verbal. Estes sentimentos (estas decisões ou disposições mentais) são aqueles que serão sentidos no corpo.

Subcategorias sentimentos

Satisfação: A internet apresenta-se como uma atividade que permite o gozo, conforme explana Both.²⁸ Essa satisfação foi afirmada por um idoso participante da pesquisa:

Durante o tempo em que estou na internet, eu não penso em nada, só em navegar na internet; e minha filha, como fico satisfeita, você nem imagina! (Sujeito G, 78 anos)

Gratidão: Bello²⁹ observa que o sentimento de gratidão pela capacidade de realização e auto-realização, de aprender e ensinar pode ocorrer por meio da internet. Assim agradeceu uma das entrevistadas:

Sou grata por conhecer gente como ela pela internet... (Sujeito J, 89 anos)

Alegria: Para Aldê³⁰ a internet reforça a característica pessoal advinda do despertar para a vida, na busca de novos caminhos, novas formas de ver a vida. Uma idosa manifestou:

A internet é tudo pra mim, é alegria, é participação, é vida! Posso ficar o tempo todo e não me canso de acessá-la (Sujeito Z, 78 anos).

Empatia: Para Andrade,³¹ ao manifestar a capacidade humana de perceber, figurar e reconfigurar suas relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo, o idoso reitera e estabelece novas relações, combinando novas possibilidades de integração do velho com o novo, real com o sonho, do eu com o outro:

Sei que por meio da internet posso aprender mais com a dor do outro. Com a dor do outro me fortaleço, e colocando-me no lugar do outro sinto que posso ajudar mais (Sujeito D, 70 anos).

Categoria Significados

Desde tempos remotos, o ser singular se faz presente, significando e resignificando atos, ações, eventos e acontecimentos. Mais do que fazer, construir, o sujeito idoso é um ser formador de opinião, de significados e de representações. Ele é capaz de estabelecer relações, experiências, vivências e lhes dar um significado.

Subcategorias significados

Companhia: A internet permitiu o não isolamento social, emocional próprio do processo de envelhecimento. Segundo Teixeira³² foi dado ao idoso por meio da internet a condição de não sentir-se isolado:

Hoje, eu tô cheia de colegas e quem sabe até de amigos, só porque um dia acessei o orkut e o msn (Sujeito B, 80 anos).

Competência: Almeida³³ traduz competência em habilidade humana de fazer coisas, de transformar materiais da natureza para os mais diferentes propósitos e de se transformar. Entrevistado afirmou que:

A internet me fez sentir competente naquilo que eu sei fazer, me proporcionou leitura, prazer, paixão em ajudar alguém (Sujeito P, 71 anos).

Inserção Digital e Social

Nunes³⁴ ressalta que o conhecimento sobre o computador e a terceira idade passou a ser símbolo da cultura contemporânea, independentemente da área de especialização, influenciando no desenvolvimento e redirecionamento de uma nova cidadania societária e solidária. Kachar¹ reforça citando que a internet é uma ferramenta de possibilidades para se inserir socialmente o idoso. Testemunhou um dos entrevistados:

A internet pra mim é muito importante (...) tenho como entrar em contato com outras pessoas, me informar, fazer algo sem sair de casa (Sujeito W, 80 anos).

É importante apontar as limitações desse estudo uma vez que foi realizado apenas no Distrito Federal. O número de idosos que utilizam a internet vem crescendo a cada dia, conforme pesquisa realizada pelo SESI/Fundação Perseu Abramo,³⁵ o que poderia interferir nos resultados finais desse estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa sobre a representação social do idoso do Distrito Federal e sua inserção social no mundo contemporâneo a partir da internet foi possível entender e aceitar uma representação social da velhice como algo natural e, correlativamente, uma representação da internet como um correio eletrônico, digital e interativo num contexto histórico global de sociedade do bem-estar.

O idoso e a internet, segundo esta representação dominante entre os idosos pesquisados, rompe com a visão solidamente arraigada de que a velhice é uma fatalidade e um tempo de solidão. Essa representação apareceu aqui como um novo paradigma na área da gerontologia, que possibilita afirmar que a internet pode inserir o idoso socialmente no mundo contemporâneo, abrindo-lhe novas possibilidades de criar laços de amizade e interações sociais.

O grande desafio dessa pesquisa foi o de mostrar que é possível capacitar o idoso nessa sociedade tecnológica e informacional, de forma que se possa inseri-lo numa ampla, complexa e intrincada rede digital e social. O que, em última instância, implica entender e admitir que se o processo de envelhecimento está aumentando, é preciso também que se cresça o número de idosos inseridos digitalmente na sociedade tecnológica e informacional.

REFERÊNCIAS

1. Kachar V. Terceira idade e informática: aprender revelando potencialidades. São Paulo: Cortez; 2003.
2. Christ RC, Palazzo LM, Marroni FV, Xavier RO. Construindo comunidades virtuais para a terceira idade. Pelotas: UCPel; 2002.
3. Garcia HD. A terceira idade e a internet: uma questão para o novo milênio. Dissertação [Mestrado em Ciência da Informática]—Universidade Estadual Paulista; 2001.
4. Brito DO, Faleiros VP. Maus-tratos intrafamiliares contra idosos: o olhar do idoso vitimizado na família. Brasília. Dissertação [Mestrado em Educação]—Universidade Católica de Brasília; 2007
5. Guedes MM, Cárdenas CJ. Idoso e arte: uma relação possível com a auto-imagem. Brasília. Dissertação [Mestrado em Educação]—Universidade Católica de Brasília; 2007 .
6. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
7. Lopes EL, Neri AL, Park MB. Ser avós ou ser pais: os papéis dos avós na sociedade contemporânea. *Textos Envelhecimento* 2005; 8(2): 239-253. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000200006&lng=pt Acesso em 12 março 2009.
8. Czaja SJ. Computer technology and the older adult. *Handbook of human-computer interaction*. Amsterdam: Books; 1997 .p. 797- 812.
9. Estefenon SG. Geração digital: riscos e benefícios das novas tecnologias para as crianças e os adolescentes. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2008.
10. Zimerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
11. Machado LR, Azevedo VB. Um estudo sobre o uso da internet por idosos. 2006. [Acesso em 12 mar 2009]. Disponível em http://www.iadis.net/dl/final_uploads/200607C060.pdf Acesso em 12 março 2009.
12. Jodelet D. Loucuras e representação social. Petrópolis:Vozes; 2005.
13. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D . As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
14. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
15. Doise W. L'ancrage dans lês études sur lês représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*.1992.[Acesso em 12 ago 2008]. Disponível em <http://elendil.univ-lyon2.fr/psycho2/IMG/pdf/doise-ancrage.pdf>
16. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec;1992.
17. Richardson RJ ,*et al* .Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
19. Moraes R. Análise de conteúdo. Porto Alegre: Educação; 1999. p. 7-31.
20. Camargo BV. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. 2005. Acesso em 12 ago 2008]. Disponível em http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf Acesso 12 ago 2008.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. [Acesso em 14 jun 2001].Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
22. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? Rio de Janeiro: IPEA; 2002.
23. Schirrmacher F. A revolução dos idosos. Rio de Janeiro: Campus; 2005.
24. Teles AS. Computador faz muito bem à terceira idade. [Acesso em 21 mai 2009].Disponível em <http://www.salutia.com.br> .
25. Peixoto C. A sociabilidade dos idosos cariocas e parisienses. *Rev Brasileira de Ciências Sociais* 1998;27:138-149
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório envelhecimento ativo: um projeto de política da saúde.. Madri: OMS; 2002 .p.14.
27. Neri AL . Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993.
28. Both A. Identidade existencial na velhice: mediações do Estado e da Universidade. Passo Fundo: UPF; 2000.
29. Bello L. Envelhecer também é humano. 2009. [Acesso em 14 ago 2009] Disponível em <http://salutia.com.br>.

30. Aldê L. A internet não para. Rio de Janeiro: Educação Pública. [Acesso em 14 ago 2009]. Disponível em: <http://www.educacaopublica.rj.gov.br/jornal/materia.asp?seq=62>
31. Andrade FJ. Uma experiência de solidariedade entre gerações. Contributos para a formação pessoal e social dos alunos de uma escola secundária. Lisboa: Ciências da Educação; 2002.
32. Teixeira AC. Internet e democratização do conhecimento: repensando o processo de exclusão social. Passo Fundo: UPF; 2002.
33. Almeida VL. Modernidade e velhice. Rev. Serviço Social e Sociedade 2003;75(24): 33
34. Nunes VP. A inclusão digital e sua contribuição no cotidiano de idosos: possibilidades para uma concepção multidimensional de envelhecimento. Porto Alegre: PUCRS; 2006.
35. Fundação Perseu Abramo. Pesquisa idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira idade. 2009. [Acesso em 12 mar 2009] Disponível em <http://www.fpa.org.br/area/pesquisaidosos>

Recebido: 19/4/2010

Revisado: 15/6/2011

Aprovado: 28/8/2011

Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos

Alcoholism and smoking in the elderly: relation to dietary intake and socioeconomic aspects

Ana Elisa Vieira Senger¹
Luísa Scheer Ely¹
Talita Gandolfi¹
Rodolfo Herberto Schneider¹
Irênio Gomes¹
Geraldo Atílio De Carli¹

Resumo

Objetivos: Verificar a prevalência do alcoolismo e tabagismo em idosos residentes na cidade de Porto Alegre, RS, e estabelecer sua relação entre a ingestão alimentar diária e o nível socioeconômico, de acordo com o sexo, grupo etário, escolaridade, renda, situação e composição familiar. **Métodos:** Esta pesquisa fez parte do Projeto Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre (EMIPAO), que foi desenvolvida pelo IGG/PUCRS. As entrevistas foram realizadas no ambulatório do Instituto de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Foi aplicado um questionário com dados socioeconômicos e de saúde por profissionais treinados. **Resultados:** Dos 832 entrevistados, 71,2% eram mulheres e 28,8% homens. A faixa etária mais prevalente foi de 60 a 69 anos (44,8%). Com prevalência na faixa etária acima citada de 7,5% para alcoolistas e 23,9% para tabagistas. O alcoolismo e o tabagismo prevaleceram entre os homens, 11,7% e 20,8%, respectivamente. Em relação à escolaridade, a maior prevalência foi entre alcoolistas e tabagistas que possuíam apenas o 1º grau, 4,7% e 16,1%, respectivamente. Observou-se que dentre os idosos alcoolistas ou fumantes, a maioria não tem relação familiar ($P < 0,001$). Já em relação à ingestão alimentar, houve um maior número de fumantes ou alcoolistas que fazem de 1 a 2 refeições diárias. **Conclusões:** Existem poucos estudos que investigam as tendências e consequências do tabagismo e alcoolismo entre a população idosa. Ações de saúde devem ser planejadas, visando a diminuir o consumo abusivo de álcool e tabagismo, bem como prevenir seus malefícios a saúde.

Palavras-chave: Idosos. Alcoolismo. Tabagismo. Alimentação. Ingestão Alimentar.

¹ Instituto de Geriatria e Gerontologia. Curso de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS.

Resumo apresentado no Simpósio Sul-Americano de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre-RS, 30 julho a 01 agosto de 2009.

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of alcoholism and smoking among the elderly living in Porto Alegre city and to establish an association between daily food intake and socioeconomic status according to sex, age group, income, location and family composition. **Methods:** This research was conducted as Multidimensional Study of the Elderly in Porto Alegre city (EMIPOA), which was developed by the IGG/PUCRS. The interviews were conducted in the ambulatory of the Institute of Geriatrics and Gerontology, Hospital São Lucas of PUCRS. We administered a questionnaire with socioeconomic data and health data by trained professionals. **Results:** Of the 832 respondents, 71.2% were women and 28.8% men. The most prevalent age range was 60 to 69 years (44.8%). Prevalence in the age group above-mentioned 7.5% for alcoholics and 23.9% for smokers. Alcoholism and smoking prevailed among men, 11.7% and 20.8% respectively. Regarding education, the highest prevalence was among alcoholics and smokers who had only 1 degree, 4.7% and 16.1%, respectively. It was observed that among the elderly alcoholics or smokers, most do not have family relationship ($P < 0.001$). In relation to food ingestion, there was higher number of smokers or alcoholics that are 1 to 2 daily meals. **Conclusions:** There are few studies investigating the trends and consequences of smoking and alcoholism among the elderly. Health actions should be planned in order to decrease the abuse of alcohol and smoking, and prevent its harm to health.

Key words: Elderly.
Alcoholism. Smoking.
Food. Eatin.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está ocorrendo de forma rápida, principalmente em países em desenvolvimento, levando a importantes desafios sociais e econômicos. A prevalência de doenças crônico-degenerativas reforça a necessidade de ações eficazes no sentido de promover melhor qualidade de vida aos idosos.¹

Embora o envelhecimento seja um processo natural, leva o organismo a várias alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso.² Associadas às alterações decorrentes do envelhecimento, mudanças como aposentadoria, perda de amigos, solidão e isolamento social, deixam os idosos vulneráveis e mais propensos a intensificação de hábitos menos saudáveis, como o consumo abusivo de álcool e o tabagismo.³

Alcoolismo e tabagismo no idoso

De acordo com alguns estudos epidemiológicos, cerca de um terço da população idosa começa a fazer uso do álcool tardiamente.

São comuns os problemas relacionados ao abuso do álcool em indivíduos maiores de 60 anos, mas por serem pouco reconhecidos são denominados por alguns autores de “epidemia invisível”.⁴

Estudos realizados em amostras clínicas evidenciaram um aumento significativo do uso de álcool na população idosa. As pesquisas mostram que 6 a 11% dos pacientes idosos admitidos em hospitais gerais apresentam sintomas de dependência alcoólica, inclusive as estimativas de admissão por alcoolismo nos serviços de emergência se equiparam às admissões por infarto. Apesar disto, a equipe hospitalar reconhece menos casos de alcoolismo em idosos do que em pacientes mais jovens.⁵

O consumo excessivo de álcool interfere de várias maneiras na nutrição adequada do idoso, pois compete com os nutrientes desde sua ingestão até sua absorção e utilização. Quanto maior a participação do álcool na dieta, menor a densidade e qualidade nutricional da alimentação.⁴

O tabagismo é considerado um relevante problema de saúde pública em todo o mundo. As estimativas são de que 1/3 da população

mundial adulta seja fumante, com prevalência de 47% na população masculina e 12% na população feminina. A mortalidade mundial, por doenças associadas ao fumo, atinge cerca de 4,9 milhões de mortes por ano, o que representa 10 mil mortes por dia.⁶ O hábito de fumar está particularmente associado em usuários de bebidas alcoólicas, predispondo o indivíduo a importantes alterações na capacidade visual e cognitiva, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social.^{6,7}

Além da nicotina, um alcalóide com propriedades psicoativas, existem no cigarro mais de 4.500 substâncias químicas com efeitos cancerígenos, mutagênicos, tóxicos e irritantes.⁸ O consumo de tabaco está associado ao aumento do risco de diversas doenças do aparelho gastrointestinal, designadamente: câncer do esôfago, do estômago, do pâncreas, do fígado e do cólon, refluxo gastroesofágico, úlcera péptica gástrica e duodenal e doença de Chron.⁹

O tabagismo influencia também nos processos metabólicos, pois fumantes geralmente pesam em média 4 kg a menos que não fumantes; alterações essas resultantes de um aumento da taxa metabólica concomitante a uma supressão do apetite.¹⁰

Diante do exposto, este artigo tem por objetivo verificar a prevalência do alcoolismo e tabagismo em idosos residentes em Porto Alegre e estabelecer sua relação entre a ingestão alimentar diária e o nível socioeconômico, de acordo com o sexo, grupo etário, escolaridade, renda, situação e composição familiar.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal de base populacional em idosos (60 anos ou mais) da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Esta pesquisa fez parte do Projeto Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre (EMIPAO), que foi desenvolvida pelo IGG/PUCRS. O tamanho da amostra foi calculado em 1.092 idosos, baseando-se no número de indivíduos avaliados em estudo anterior (1995),

para cada bairro da cidade de Porto Alegre, atualizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de acordo com as estimativas de variação populacional para 2005. Os entrevistados foram recrutados de forma estratificada por região censitária, sendo sorteada a primeira residência e escolhidas as demais de forma sistemática. Foi aplicado um questionário com dados socioeconômicos e de saúde por profissionais treinados do Serviço Social da PUCRS, nas residências escolhidas.

Neste estudo, relacionaram-se as respostas das perguntas direcionadas para o uso de álcool e cigarro, situação familiar, dados socioeconômicos e número de refeições diárias dos idosos. As perguntas relacionadas ao alcoolismo foram as do questionário SRQ-A (*Self-Reporting Questionnaire*). O SRQ-A é composto por cinco questões para rastreamento de transtornos pelo uso de álcool e é um questionário aprovado pelo WHO (*World Health Organization*).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, conforme parecer nº 0502935, e todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responderem ao questionário. Durante o estudo, foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki. Os dados foram digitados no programa Excel e analisados com o pacote estatístico SPSS versão 17.0. A associação do alcoolismo e tabagismo com as variáveis socioeconômicas e número de refeições foi testada pelo Qui-Quadrado, considerando significativos os valores de *P* inferiores ou iguais a 0,05.

RESULTADOS

O total de idosos que responderam a todas as questões requeridas para este estudo foi de 832. Destes, 592 (71,2%) eram mulheres e 240 (28,8%) eram homens. A faixa etária mais prevalente foi a dos 60 aos 69 anos, tendo um total de 373 (44,8%) idosos, seguido de 319 (38,3%) idosos com idade entre 70 e 79 anos e 140 (16,8%) idosos com 80 anos ou mais. A distribuição dos idosos segundo

sexo, faixa etária, escolaridade, renda, situação e composição familiar e refeições diárias está

relacionada com o uso de álcool e cigarro, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 – População estudada e prevalência de alcoolismo e tabagismo, de acordo com variáveis socioeconômicas e número de refeições diárias em 832 idosos (60 anos ou mais) residentes no município de Porto Alegre, RS, 2006.

VARIÁVEL	População Estudada N (%)	Prevalência de Alcoolismo (%)	P	Prevalência de Tabagismo (%)	P
Sexo					
Feminino	592(71,2)	0,7	<0,001	13,0	0,004
Masculino	240(28,8)	11,7		20,8	
Idade					
60 -69	373(44,8)	7,5	<0,001	23,9	<0,001
70 - 79	319(38,3)	1,3		11,9	
≥ 80	140(16,8)	0,0		0,0	
Renda familiar					
Até 2 salários	265(31,9)	4,9	0,180	17,4	0,270
2 a 5 salários	316(38,0)	4,4		15,8	
> 5 salários	251(30,2)	2,0		12,4	
Escolaridade					
Até 1º grau	665(79,9)	4,7	0,015	16,1	0,186
2º grau ou Superior	167(20,1)	0,6		12,0	
Com quem mora					
Com familiar	582(70,0)	4,1	0,792	14,8	0,195
Não familiar	40(4,8)	2,5		7,5	
Sozinho	210(25,2)	3,3		18,1	
Relação familiar					
Satisfeito	787(94,6)	3,6	0,107	14,1	<0,001
Não satisfeito	30(3,6)	6,7		30,1	
Sem relação	15(1,8)	13,3		46,7	
Refeições/dia					
1 -2	89(10,7)	5,6	0,465	28,1	0,004
3 -4	622(74,8)	3,4		14,1	
5 -8	121(14,5)	5,0		11,6	
TOTAL	832 (100)	3,8	---	15,3	---

De acordo com a análise estatística, houve uma diferença significativa quando se relacionou a variável sexo com o uso de álcool ($P < 0,001$) e cigarro ($P = 0,004$) pelos idosos. A maioria dos fumantes e alcoolistas são homens, 20,8% e 11,7%, respectivamente. Em relação à escolaridade, a maior prevalência foi entre alcoolistas e tabagistas que possuíam apenas o 1º grau, 4,7% e 16,1%, respectivamente. Outra variável significativa ($P < 0,001$) foi a faixa etária de 60-69 anos, onde

se encontraram mais idosos alcoolistas (7,5%) e fumantes (23,9%).

A relação familiar também mostrou ser significativa ($P < 0,001$), quando relacionada com o uso abusivo de álcool e cigarro. A prevalência de fumantes e alcoolistas indicou ser maior naqueles idosos que não possuem relação familiar, 46,7% e 13,3%, respectivamente. Considerando a composição familiar desses idosos, ou seja, com

quem eles moram, não houve diferença significativa quando se verificou a prevalência de alcoolistas e fumantes, pois a mesma proporção foi encontrada naqueles idosos que moram sozinhos, com familiares ou com não familiares. Já em relação às refeições diárias, verificou-se que a prevalência de idosos alcoolistas e fumantes foi maior dentre aqueles que faziam apenas de 1 a 2 refeições diárias, 5,6% e 28,1%, respectivamente.

DISCUSSÃO

Poucos são os estudos que relatam o impacto do uso de álcool e cigarro na vida dos idosos, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a população idosa vem crescendo aceleradamente.¹¹

Do ponto de vista da Saúde Pública, os cinco mais importantes fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis são o tabagismo, o consumo de álcool, a obesidade ou sobrepeso, a hipertensão e a dislipidemia.

O tabaco é um dos mais potentes agentes carcinogênicos para o ser humano e seu consumo, assim como a exposição à fumaça produzida pelo fumante, é identificado como a maior causa passível de prevenção de doenças. O consumo aumentado de álcool está associado à hipertensão arterial, à cirrose, ao acidente vascular hemorrágico e aos cânceres da orofaringe, laringe, esôfago e fígado.¹²

Os dados deste estudo relatam a prevalência de idosos alcoolistas e/ou fumantes na cidade de Porto Alegre, RS. A proporção de fumantes entre os homens (20,8%) foi maior do que entre as mulheres (13,0%), assim como quando relacionado com o alcoolismo, encontraram-se mais homens alcoolistas (11,7%) do que mulheres (0,7%). Em um estudo feito na Coreia, observou-se que a proporção de homens alcoolistas e fumantes era bem maior do que entre as mulheres.¹³ Outro estudo em Lubeck, Alemanha, revelou que idosos acima de 64 anos que deram entrada em hospitais foram diagnosticados como dependentes alcoólicos em 17,7% do sexo masculino e 4,2% do

sexo feminino.¹⁴ Em um estudo feito em Bambuí (MG) e Belo Horizonte (MG), também encontrou-se um número maior de homens idosos fumantes, 31,4% e 19,6%, respectivamente, enquanto 10,3% e 8,1% das mulheres eram fumantes. O autor relata que a menor prevalência do tabagismo observada entre as mulheres idosas deve ser analisada com cautela, uma vez que esse hábito tende a aumentar entre as mulheres mais jovens.¹⁵

A escolaridade também mostra estar relacionada ao uso de álcool e cigarro, sendo 4,7% e 16,1% que possuíam apenas o 1º grau eram alcoolistas e fumantes, respectivamente. Estes dados estão de acordo com outros estudos populacionais.³ Assim como a pobreza está intimamente relacionada a vários comportamentos que afetam a saúde, neste estudo se observou que 17,4% e 4,9% dos idosos que possuíam uma renda mensal familiar de até dois salários eram fumantes e alcoolistas. No Reino Unido, por exemplo, os mais pobres fumam e bebem mais e têm uma dieta menos adequada.^{10,16} O mesmo resultado foi encontrado em Goiânia para os fumantes.¹⁷ Silva et al. encontraram em seu estudo maior uso de álcool e “drogas ilícitas” no grupo que apresentava maior renda familiar mensal.¹⁸

A associação do alcoolismo e tabagismo com a ingestão alimentar neste grupo demonstrou que os idosos tinham uma média de uma a duas refeições diárias. Esse número de refeições por dia é considerado insuficiente para atender à demanda energética nesta população, visto que o número de refeições preconizado pelo guia alimentar para a população brasileira é de cinco a seis refeições diárias.¹⁹ São frequentemente encontradas carências graves de vitaminas e minerais em indivíduos que consomem uma elevada porcentagem de calorias na forma de álcool, bem como desnutrição energético-proteica, visto que no álcool há uma oferta de calorias vazias, o que sempre compromete a qualidade nutricional da dieta de alcoolistas.⁴

Alguns trabalhos têm demonstrado que o tipo de bebida alcoólica ingerida pode ser um fator que influencia os níveis séricos de homocisteína,

vitaminas e ácido fólico.²⁰ Recente estudo sugeriu que o alcoolismo crônico está acompanhado por perturbação do metabolismo de aminoácidos sulfurados e que a hiper-homocisteinemia etanol-induzida através de aguardente de cana-de-açúcar pode ser acompanhada de níveis séricos baixos de folato, agravando o estado nutricional destes pacientes.²¹

Quanto ao tabagismo e sua implicação no consumo alimentar, tem sido demonstrado em estudos experimentais que a nicotina e a exposição à fumaça do cigarro podem levar à perda de peso e a diminuição do consumo alimentar.¹⁰

A relação entre o tabagismo e a ingestão alimentar é extremamente complexa. A nicotina além de altamente tóxica tem ação estimulante e também depressiva sobre o sistema nervoso central, cujos efeitos são mediados pela liberação de catecolaminas, influenciando na regulação do apetite e ou no comportamento alimentar.¹⁷ O estudo mostrou que 13,3% e 46,7% dos idosos que não tem relação familiar, são alcoolistas e tabagistas, respectivamente, sendo que 18,1% dos tabagistas vivem sozinhos. Estes dados levam a crer que ser usuário de álcool e fumo pode levar as pessoas a se afastarem umas das outras. Uma pessoa solitária tende a beber cada vez mais como meio de fugir da realidade e afastar a solidão. Em estudo realizado com jovens estudantes universitários, usuários de álcool e tabaco apresentaram maior satisfação em relação à frequência de lazer fora de casa do que não-usuários.¹⁸ A presença de um grupo familiar estável, seguro e de confiança é fundamental para manter boas relações familiares e evitar perdas em todos os sentidos, envolvendo bem-estar físico, social e emocional.

O presente estudo possui limitações metodológicas, entre as quais podemos citar: (1) como se trata de um estudo transversal, não é possível definir com precisão o que é causa e o que é efeito, para tais comprovações são necessários estudos longitudinais; (2) destacam-se as perdas amostrais decorrentes da dificuldade de obter os dados completos dos pacientes; (3) mesmo garantindo o sigilo, alguns pacientes podem não ter revelado o uso de álcool ou tabaco. Independentemente dessas limitações, os achados desta pesquisa corroboram os resultados encontrados na literatura.

CONCLUSÃO

Os idosos muitas vezes se tornam mais vulneráveis ao uso de álcool e tabaco, e isso aos poucos poderá gerar um grande problema populacional, já que o número de idosos no mundo está aumentando. Eles fazem parte de uma classe que apresenta vários problemas de saúde, uso de muitos medicamentos, que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, tornam os idosos mais susceptíveis a interações, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e interação social.

Apesar de existirem vários estudos sobre o tabagismo e alcoolismo, ainda são poucos os que investigam as tendências e consequências desses hábitos entre a população idosa. Ações de saúde, políticas de prevenção e intervenção devem ser planejadas, utilizando uma abordagem integrada com o social, o psicológico e o biológico, visando a diminuir o consumo abusivo do álcool e o tabagismo, bem como prevenir seus malefícios à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002 abr.; 24 (suppl 1): 3-6.
2. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr.* 2000 set./dez.; 13(3): 157-65.
3. Costa JSD, et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 284-91.
4. Moreira PFP, Martiniano Filho F. Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos. *Envelhecimento e Saúde* 2008; 14(1): 23-6.
5. Pinsky I, Jundi SARJE. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(4): 362-74.
6. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003 Jul./Aug.; 46(1): 11-29.
7. Glass JM, et al. Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism. *Drug Alcohol Depend* 2006 Apr.; 82(2): 119-26.
8. Nunes E. Consumo de tabaco: efeitos na saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22: 225-44.
9. Thomas GA, Rhodes J, Ingram JR. Mechanisms of disease: nicotine : a review of its actions in the context of gastrointestinal disease. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2005 Nov.; 2(11): 536-44.
10. Chioloro A, et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *Am J Clin Nut.* 2008; 87: 801-9.
11. Blay SL, et al. Correlates of lifetime alcohol misuse among older community residents in Brazil. *Int Psychogeriatr* 2009 Apr.; 21(2): 384-91.
12. Barros MBA, et al. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population based study. *Rev Saúde Pública* 2007 aug.; 41(4): 502-9.
13. Kim O, Baik S. Alcohol consumption, cigarette smoking, and subjective health in Korean elderly men. *Addictive Behaviours* 2004 nov.; 29(8): 1595-603.
14. Elbreder MF, et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(1): 9-15.
15. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública* 2006 set.; 22(9): 1925-34.
16. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2004 nov./dez.; 20(6): 1575-85.
17. Martins KA. Perfil de consumo alimentar de pacientes tabagistas em tratamento, na cidade de Goiânia, em 2006 . Dissertação[Mestrado em Ciências da Saúde]— Rede Convênio Centro-Oeste (UnB, UFG e UFMS); 2006. 143p. [acesso 09 set 2009]; . Disponível em: http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2096.
18. Silva LVER, et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(2): 280-8.
19. Ministério da Saúde(Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição: guia alimentar para a população brasileira. Brasília: MS; 2006. p.1-210.
20. Van der Gaag MS, et al. Effects of consumption of red wine, spirits, and beer on serum homocysteine. *Lancet* 2000 Apr.; 355: 1522.
21. Prioste RN, et al. Alterações no metabolismo da homocisteína induzidas por aguardente de cana-de-açúcar em alcoólatras. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* 2003; 39(3): 203-6.

Recebido: 14/9/2010

Revisado: 23/6/2011

Aprovado: 19/7/2011

O que se aprende além das letras: um estudo sobre a alfabetização de pessoas idosas

What is learned beyond letters: a study about alphabetization of elderly

Patrícia Claudia da Costa¹

Resumo

Com o objetivo de refletir sobre a importância da manutenção de espaços educativos que atendam às necessidades e desejos de pessoas idosas que têm interesse de participar de ações educativas não-formais, este artigo apresenta alguns dos resultados obtidos em pesquisa de Mestrado conduzida pela metodologia de pesquisa-formação História de Vida, realizada com um grupo de sete educandas idosas, com idades entre 60 e 73 anos, do Programa Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos - MOVA-Guarulhos. Expõe e analisa as razões pelas quais tais sujeitos não se alfabetizaram em outras fases da vida e resolveram, na fase idosa, integrar um núcleo de alfabetização onde convivem com pessoas de todas as faixas etárias acima dos 16 anos. Evidencia as conquistas observadas pelos próprios sujeitos diante de suas experiências como pessoas em processo de alfabetização, muitas delas que extrapolam o âmbito da aprendizagem da leitura e da escrita, especialmente aquelas relacionadas ao desenvolvimento da oralidade e os ganhos na convivência social dela decorrente de variadas formas. Conclui que a frequência ao núcleo de alfabetização contribuiu para a formação do sujeito, proporcionando algumas conquistas pessoais que não são diretamente relacionadas com o domínio da leitura e da escrita – fato que deve ser considerado para o aprimoramento das ações educativas voltadas ao público idoso.

Palavras-chave:

Aprendizagem. Motivação. Educação. Idoso. Alfabetização.

Abstract

This paper aims to reflect about the importance to support educative spaces able to meet the needs and desires of elderly people interested in taking part in non-formal education. It introduces some results obtained from a Masters Degree Research, guided by History of Life as research-formation methodology,

¹ Área de Fundamentos da Educação. Universidade Federal de Viçosa – Campus Florestal. Florestal, MG, Brasil.

accomplished with a group of seven aged students with ages between 60 to 73 years old, from an Alphabetization Program called Alphabetization of Young and Adults Movement - MOVA-Guarulhos. It presents and analyzes the reasons why the subjects did not learn to write and to read in earlier phases of life as also as they decided, in the aged phase, to join an alphabetization nucleus where they are interact with people of all ages from 16. It evidences the observed conquests by the subjects when they evaluate their experiences as people in alphabetization process, many conquests that extrapolate the scope of learning to read and to write, specially that ones in the relation to the development of orality and its current advantages in sociability. It concludes that the participation in the alphabetization nucleus contributes to the formation of the subject, providing some personal conquests that are not directly linked to the appropriation of reading and writing – a fact to be considered in the elaboration of educational actions for the elderly.

Key words: Learning. Motivation. Education. Aged. Alphabetization.

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende apresentar, aos interessados em questões relacionadas ao campo da Educação no âmbito da Gerontologia, algumas descobertas realizadas a partir de pesquisa de mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, entre 2005 e 2008, tendo como objeto a motivação de pessoas idosas para frequentar um movimento de alfabetização de jovens e adultos. Da ampla base de dados obtidos, serão discutidos recortes que explicitam como os sujeitos se aproximaram e se engajaram num movimento de educação popular após os 60 anos de idade, data considerada como início da fase idosa da vida humana. Por que não estudaram antes? Por que procuraram um núcleo de alfabetização agora? Como chegaram a esse núcleo? Por que um núcleo de educação popular e não uma escola formal? Essas serão as principais questões aqui debatidas.

O objetivo é trazer a público uma oportunidade de reflexão sobre a importância da manutenção de espaços educativos que atendam às necessidades e desejos de pessoas que não têm mais interesse na escolarização formal – por não carecerem de certificados e seus corolários, e muito menos se adaptarem aos moldes de organização do cotidiano escolar – e, contudo, encontram em experiências de educação não-formal a chance de desenvolver diversos aspectos

da formação humana, inclusive indo além do fim específico da alfabetização.

O grupo em estudo

Essa realidade não pode ser pensada isoladamente do contexto geográfico e político que vivemos. De acordo com a Declaração Final da Conferência Regional América Latina e Caribe, preparatória para a VI Conferência Internacional de Educação de Adultos (CONFINTEA), esta é a região mais desigual do mundo pelo fato de ser habitada por 71 milhões de pessoas vivendo na indigência e cerca de 200 milhões de pobres. O documento afirma que qualquer ação educativa voltada para pessoas que não se escolarizaram na idade própria está situada na problemática da indissociável exclusão educativa e política, econômica e social. Por isso, a educação deveria estar a serviço da luta contra a pobreza e a exclusão social, mesmo reconhecendo que o combate às exclusões não se esgotam no campo educativo, mas dependem de mudanças estruturais e convergência de outras políticas cuja discussão foge ao escopo do presente artigo.¹

Contudo, não podemos deixar de destacar uma característica marcante do segmento populacional estudado por meio da amostra que colaborou com a pesquisa. Referimo-nos à situação de pobreza comum ao grupo e ao impacto provocado por essa situação na constituição das subjetividades que o compunham. A percepção

de como as condições objetivas de sobrevivência contribuem para a precarização do envelhecimento e para a construção da autoimagem dos indivíduos em situação de exclusão social, foi exposto por Simone de Beauvoir, no início dos anos 70 do século passado, em sua seminal obra sobre a velhice: “Nenhum estudo [ref. às disciplinas isoladamente] nos permitirá definir a velhice; constataremos, ao contrário, que ela assume uma multiplicidade de aspectos, irreduzíveis uns aos outros. Tanto ao longo da história como hoje, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice; um abismo separa o velho escravo e o velho eupátrida, um antigo operário e um Onássis. A diferenciação das velhices individuais tem ainda outras causas: saúde, família etc. Mas são duas categorias de velhos (uma extremamente vasta, e outra reduzida a uma pequena minoria) que a oposição entre exploradores e explorados cria. Qualquer afirmação que pretenda referir-se à velhice em geral deve ser rejeitada porque tende a mascarar este hiato.”² (p. 17)

Interessa-nos especialmente, na obra da escritora francesa, o destaque atribuído à divisão de classes como o elemento fundante das diferenças entre as pessoas idosas, enquanto grupo etário, e entre os demais indivíduos, enquanto ocupantes de lugares sociais, pois percebemos que os sujeitos pesquisados também manifestaram a compreensão de que: pessoas em situação econômico-social privilegiada gozam de um envelhecimento mais saudável e tranquilo; as dificuldades impostas pelo lugar social que ocupam contribuíram para culminância da dureza dos dias atuais; e, finalmente, as pessoas em situação socioeconômica desfavorecida têm reduzidas chances de envelhecimento digno, chegando inclusive a envelhecer mais rapidamente. Ouvimos literalmente de nossas colaboradoras:

“Depende muito de pessoa pra pessoa... Quem tem dinheiro, pode ter até 80 anos e ninguém diz que é idoso...”

De certa forma, essa já era a idéia de Beauvoir ao afirmar que “é na última idade que se cava

mais profundamente o fosso entre os privilegiados e a imensa maioria dos homens”² (p. 662). Isto porque o fosso já vem sendo cavado ao longo do tempo e a sucessão dos anos vem sendo utilizada a serviço da desvalorização dos sujeitos em situação de exclusão social, desde o berço, ao invés de se prestar como prova de acumulação de méritos e de construção da dignidade humana. Portanto, nessa fase da existência humana: “Quando estão cansados de sua profissão, de sua vida, certos indivíduos se dizem velhos, embora seu comportamento não seja o de uma pessoa idosa. [...] Para um homem que está satisfeito consigo mesmo e com sua condição, e que tem boas relações com os que o cercam, a idade permanece abstrata.”² (p. 360)

Não identificamos nenhuma abstração no grupo estudado. Pelo contrário, as narrações de história de vida revelaram que o fato de ser um sujeito idoso é vivido como um obstáculo ao acesso do direito à educação. No entanto, os sujeitos perseveravam na frequência às aulas e com isso apontavam que as conquistas relacionadas ao desenvolvimento da oralidade são consideradas como superiores àquelas diretamente relacionadas ao aprendizado da leitura e da escrita, ao avaliar seus desempenhos ao longo da participação no núcleo de alfabetização. Este dado se constitui como um significativo achado, na medida em que deixa de corroborar hipóteses comumente utilizadas em pesquisas com alfabetizando adultos, as quais indicam desejos ou necessidades de uso da leitura e da absolutamente escrita como principal motor de permanência dos sujeitos em ações alfabetizadoras. Essa era uma de nossas hipóteses iniciais, francamente destruída, conforme veremos a seguir.

METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia de pesquisa-formação “História de Vida”, uma abordagem qualitativa que, de acordo com observações de uma de suas precursoras,³ destaca-se pelo fato de o pesquisador suscitar recordações de experiências significativas em relação ao questionamento que orienta a narrativa dos sujeitos envolvidos. O

trabalho proposto por Josso³ é composto por diversas etapas. Num primeiro momento, cabe ao responsável pela pesquisa mediar momentos de narração de experiências pessoais (de acordo com temas e eixos predeterminados). Ele deve ter em mente que a escuta das narrativas pretende garantir que os sujeitos colaboradores da pesquisa possam expor todo tipo de informação sobre suas vidas. Numa fase mais adiantada do trabalho, o conjunto de informações, após cuidadosa análise por parte da pesquisadora e dos sujeitos pesquisados, é utilizado como elemento de construção das respostas exigidas pelo objeto a ser investigado.

A importância da metodologia de pesquisa e de formação autobiográfica reside, fundamentalmente, na característica de constituir-se como meio de proporcionar aos sujeitos que dela participam a oportunidade de vivenciarem, simultaneamente, o papel de sujeito e de objeto de sua formação.³ Assim, os sujeitos em situação de processo formativo expuseram suas experiências de vida de modo que suas realidades se desvelassem, paulatinamente, conforme o grupo elaborava, com a mediação da pesquisadora, a percepção de que as histórias de vida não consistem numa sucessão de acasos, mas em um sistema de ações e reações pelas quais todos nós somos responsáveis ou, pelo menos, co-participantes.

A amostra foi composta por sete estudantes com idade entre 60 e 73 anos que participavam de um núcleo de alfabetização do Programa Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos - MOVA-Guarulhos, onde também estudavam outros oito alfabetizando cujas idades variavam de 16 a 55 anos.

Os encontros de construção de História de Vida ocorreram nas dependências da Comunidade Santa Teresa D'Ávila, uma igreja católica na qual o núcleo se instalava na periferia guarulhense. A duração de cada um dos 19 encontros semanais foi de aproximadamente 1h30min, durante o horário das aulas que aconteciam das 8h às 10h30min, de segunda a quinta-feira. A duração e o horário foram negociados junto ao grupo e a sua educadora, considerando as disponibilidades

de todos os envolvidos no trabalho. Os encontros foram registrados em fitas de áudio, posteriormente submetidas a transcrição e análise, de modo que cada uma das 19 reuniões gerou um respectivo relatório de pesquisa.

Além dos encontros semanais, o grupo também participou de três atividades externas e concedeu, ao final do trabalho de campo, entrevistas individuais com duração média de uma hora. Todos os sujeitos envolvidos aprovaram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para divulgação das informações registradas em áudio, imagem e texto escrito (disponível para consulta em Costa, 2008).⁴ Os procedimentos foram aprovados pelo Parecer 004/2011, emitido pelo Comitê de Ética da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.

Neste artigo, os depoimentos dos sujeitos são destacados em fonte itálica, sem identificação individual mas com referência da dissertação da qual foram extraídos.

RESULTADOS

Abordaremos como e por que os sujeitos pesquisados participam de uma ação alfabetizadora na fase da vida marcada pelo ser idoso e quais são as conquistas decorrentes dessa participação. Primeiramente, destacamos que todas as colaboradoras nasceram e cresceram em ambientes rurais nos quais a escola nem sempre existia. Quando havia, o acesso era dificultado pela distância, necessidade de ajudar no trabalho da roça familiar, desconfiança dos pais que não admitiam que meninas e meninos estudassem juntos e até pelo medo de apanhar do professor. Desse modo, poucos sujeitos tiveram a oportunidade de frequentar uma sala de aula quando criança ou adolescente, cabendo ao grupo a marca da heterogeneidade quanto ao modo e tempo de ingresso em experiências de alfabetização.

O conjunto de histórias de vida narradas revelou que as demandas cotidianas de interação social em ambiente urbano foram um motor

importante para induzir uma experiência de alfabetização. Isso nos levou a questionar: se o desejo ou a necessidade de estudar foram percebidos desde a adolescência (em situações de impossibilidade de comunicação por meio de cartas e de interação nas raras oportunidades de convivência urbana) e aprofundada na idade adulta, com a mudança definitiva para um ambiente urbano repleto de desafios impostos pelas necessidades de locomoção e de diversos tipos de comunicação, por que essas senhoras demoraram tanto tempo para começar a estudar?

Todas as colaboradoras destacaram que atualmente as oportunidades para estudar são muito maiores do que na época de suas mocidades. Eram recorrentes os comentários:

“Depois que esse prefeito entrou, tem escola pra todo mundo. Antes, não tinha! Ave-Maria! Tinha bairro que nem as crianças tinham onde estudar. Agora, em qualquer lugar tem MOVA: só não estuda quem não quer!”⁴

Contudo, suspeitávamos que a escassez de oportunidades para dar início ou continuidade aos estudos em uma ação educativa voltada para a Educação de Jovens e Adultos, historicamente reconhecida em nosso país, não poderia ser a única causa de o ingresso numa sala de aula ter sido tão postergado.

Em várias abordagens da questão, uma ideia sempre se mostrou muito marcante nas narrativas: a presença do marido como inibidor da escolarização. A dominação manifestou-se de formas parecidas que podem ser resumidas no seguinte enredo: os filhos pequenos precisam de cuidados que os maridos se recusam a oferecer; quando aqueles crescem um elemento secundário de outrora entra em cena na expressão da inconveniência de uma “mulher de família” (sic) sair de casa à noite para ir à escola.

O peso da dominação masculina há de ser considerado para compreendermos a trajetória de vida dessas mulheres. No grupo havia cinco viúvas e duas casadas e eram exatamente essas que enfrentavam os maiores apuros no que diz respeito

à falta de incentivo familiar para frequentar o núcleo de alfabetização, conforme analisado em outro artigo.⁵ E por que escolher uma sala de aula num movimento de alfabetização, em funcionamento dentro de uma igreja, e não de uma escola formal?

Um diferencial apontado pela maioria dos sujeitos é o fato de a entrada em um movimento de alfabetização geralmente acontecer a partir de um convite pessoal, como um aviso ao final da missa ou convite feito diretamente pela educadora ou alguma colega que já esteja estudando. Este é um primeiro sinal de acolhida do movimento que impulsiona as pessoas para o integrarem. Além disso, há a questão da proximidade da residência das estudantes em relação ao local onde as aulas são oferecidas, o horário diferenciado (no município de Guarulhos não havia nenhuma sala de aula formal para alfabetização de adultos no horário matutino) e a presença de pessoas amigas na composição da turma de alfabetização, especialmente a própria alfabetizadora, figura popular no bairro. Todos esses fatores indicam uma condição de acolhimento que favorece a permanência das pessoas idosas no núcleo de alfabetização.

Para engrossar o caldo de predileção pela educação não-formal, alguns casos foram apontados para ilustrar a rejeição à escola formal por características que lhe são peculiares. Entre os sete sujeitos pesquisados, três declararam ter tido ou acompanhado experiências em que a desistência da escolarização formal ocorreu devido à incompatibilidade de ritmos na relação ensino-aprendizagem entre educador e educandos – lousas cheias de tal modo que os alunos sequer conseguiam copiar a lição até o final da aula, explicações aligeiradas e pouco esclarecedoras, conteúdos não pertinentes para o nível de desenvolvimento cognitivo dos indivíduos etc. Houve ainda uma denúncia ao clima de falta de solidariedade intergeracional:

“Os jovens de hoje tiram sarro dos idosos: deveria ter sempre uma sala de aula para os idosos nem que fosse um horário diferente.”⁴

Já em relação às aulas vivenciadas no MOVA, as queixas incidem sobre o excessivo treino da Matemática e o baixo nível de desafio das atividades de leitura e escrita após o ingresso de alfabetizandos em níveis iniciais de construção da escrita:

“Gostava mais de quando tinha menos alunos: agora, as lições estão muito fáceis.”⁴

Vale destacar que todos os sujeitos pesquisados já estudavam no MOVA no mínimo por um ano e cinco deles já haviam passado por outros núcleos, em outros horários e locais. Invariavelmente, a opção pelo núcleo explicava-se pela afinidade com a educadora e os colegas, assim como pela disponibilidade do horário e aprovação pessoal do conteúdo e da metodologia desenvolvidos pela educadora popular. A estudante com mais longa participação no movimento totalizava quatro anos de frequência ao núcleo de alfabetização, marcados por interrupções provocadas por problemas de doença e falecimento na família.

A perseverança pode ser considerada como uma marca característica do grupo estudado. Não raros foram os relatos de situações em que se fizeram nítidas as estratégias de persistência e valorização do fato de ter se tornado estudante, mesmo que a tentação da desistência seja um fantasma não raramente presente:

“Já pensei em sair da escola porque não estou aprendendo: o tempo que estou aqui, eu aprendi muito pouco as coisas.”⁴

No entanto, os relatos de superação e persistência prevalecem sobre as manifestações de desânimo, como no caso de duas senhoras que sofreram grandes perdas familiares e voltaram a estudar logo após como forma de amenizar a solidão do lar, conforme as narrativas coletadas.

Ao serem solicitadas a autoavaliar seu desempenho como estudante, as alfabetizadas foram, em geral, rigorosas e modestas. Apenas uma declarou:

Já aprendi bastante coisa. Estou ficando mais sabida. E eu acho que as pessoas percebem.⁴

As demais foram comedidas ao apontar que ainda se encontram envoltas em dificuldades para ler e escrever.

Por outro lado, cinco diferentes sujeitos⁴ apontam como avanço:

“Antes eu não sabia os nomes dos produtos nos folhetos do mercado. Agora vem o dia que aquela oferta vale. Quem não sabe ler pode comprar tudo no dia errado. Isso acontecia muito com a gente. Ainda não consigo ver bem o dia da oferta. Tem que prestar muita atenção para não errar. Mas já consigo entender aquilo tudo bem melhor.”

“Agora eu leio e escrevo tudo o que precisa nas reuniões da igreja. Antes eu nem assinava meu nome na lista de presença, era uma vergonha: tinha que esperar a reunião acabar e pedir pra alguém assinar pra mim. E hoje sou eu quem assina para as minhas colegas que não quiseram vir estudar. Eu já deixo um bilhete para avisar alguma coisa para a minha filha quando preciso sair de casa. E uso o telefone, coisa que eu não sabia como é que achava os números para ligar.”

“Pouco a pouco, eu estou perdendo o medo de falar. Na alfabetização eu aprendi a falar melhor.”

“Já entendo coisas que antes precisaria perguntar.”

“Meu filho fala que eu era braba até para conversar! Eu digo que não é braba, é que eu não sei ler; então, eu ficava braba quando falava as coisas e não falava direito. Eles davam risada, brincando comigo e eu ficava chateada. Hoje eu mudei muito...”

Diante do avaliado, restou-nos aprofundar o questionamento: “além das letras, o que a alfabetização está lhe proporcionando?” Obtivemos como resposta:⁴

“Liberdade de sair e conversar com as pessoas.”

“Eu acho que o maior avanço nisso tudo foi conhecer mais pessoas.”

“Aprendi falar melhor, não tenho mais vergonha de conversar na frente dos outros.”

“Me trouxe companhia, o que eu mais precisava quando perdi meu esposo.”

“Amizades: na escola, a gente conversa, se comunica. Porque a coisa pior que tem é, às vezes, a pessoa ficar em casa sozinha.”

“Superei a vergonha de me expor, de conversar assim no público. Aprendi bastante coisa, né? Estou ficando mais sabida.”

DISCUSSÃO

Ao longo das leituras que realizamos, comprovamos que as dificuldades apontadas não constituem uma novidade no cenário educacional brasileiro. Ao estudar o preconceito contra o analfabeto, Galvão & Di Pierro⁶ analisaram a precariedade de acesso à educação no Brasil desde os tempos coloniais: uma história de reduzidas oportunidades de escolarização, sobretudo nas áreas rurais, o que restringia o direito à educação a uns poucos homens livres ambientados nas vilas e cidades. Enquanto isso, o discurso oficial pretendia imputar aos próprios indivíduos compulsoriamente excluídos da escola a responsabilidade sobre os alarmantes índices de analfabetismo da nação: “A historiografia tradicional atribui os elevados índices de analfabetismo da sociedade brasileira desses tempos a uma suposta indiferença da população rural, então majoritária, pela escola. Esse, talvez, seja mais um sintoma do preconceito que tende a responsabilizar os analfabetos por sua condição, já que há evidências e documentos históricos que demonstram que a população do campo tinha, sim, interesse pelo estudo, ficando os pobres (e os escravos em especial) dele afastados pela falta de professores ou de escolas que pudessem frequentar. [...] Não é, pois, de se estranhar que os índices de analfabetismo só tenham começado a recuar no século XX, quando se intensificou a migração do campo para as cidades e começou a se estruturar uma rede de escolas públicas acessível à população mais pobre, ao mesmo tempo em que se desenvolveram campanhas de alfabetização de adultos. Devido ao crescimento acelerado da população, porém, o número absoluto de analfabetos cresceu continuamente, e só começou a declinar no final do século XX”⁶ (p. 57-58)

Vemos, assim, que as justificativas apresentadas pelos sujeitos desta pesquisa para o fato de não terem frequentado a escola “em idade própria” se

inscrevem num contexto historicamente reconhecido como marca do processo de civilização imposto ao país: em todas as regiões e, sobretudo, nas áreas essencialmente rurais, o acesso à escola foi largamente negado às populações pauperizadas, alimentando um ciclo de desigualdade de oportunidades de inserção social que caracteriza o Brasil até os dias atuais.

No presente caso, tratamos de um grupo de mulheres de baixa renda, a maioria sobrevivendo com uma pensão conquistada pela perda do esposo, quase todas as pensões no valor de um salário mínimo. A vida social dessas mulheres basicamente se restringe à participação no MOVA-Guarulhos e às atividades religiosas oferecidas pela comunidade católica que acolhe o núcleo de alfabetização. Passam a maior parte do tempo em casa, cumprindo o desafio de ficar sozinha ou cuidar dos netos. Quando saem de casa, hospitais públicos são o destino mais corriqueiro. As raras oportunidades de passeios são oferecidas pela Igreja (visita a santuários ou retiros), o que tornou as atividades externas, que compuseram o conjunto de estratégias de coleta de dados desta pesquisa, algo muito especial na formação cultural de cada uma delas.

O universo de pessoas estudado, marcado pela precariedade das condições de subsistência, se inscreve na caracterização do sujeito oprimido formulada por Paulo Freire.^{7,8} Falamos de seres históricos: sete mulheres que “estão sendo” num mundo onde a opressão se manifesta de diversas maneiras. Quando crianças, foram oprimidas pelos pais, que não facilitaram o acesso à escolarização. Os pais, por sua vez, constituíram-se enquanto sujeitos também imersos na opressão típica dos meios rurais no início do século XX.

O direito à educação foi apenas um dos negados dentre uma ampla lista assegurada pelas leis que regem a sociedade em que vivemos. Com a saída da opressão vivida durante a infância e a adolescência na casa dos pais, um segundo tipo é inaugurado pelo casamento como libertação do jugo paterno e nova forma de tolhimento social. Todas as senhoras participantes da pesquisa viveram casadas durante mais da metade do seu

tempo de vida. A maioria dos relatos sobre a relação com o esposo revelou ressentimentos decorrentes da forma de tratamento imposta, marcada pela opressão manifesta no controle das finanças, de seus corpos e seus comportamentos. Não raramente os esposos – com baixo nível de escolarização, porém superior ao da mulher – lançavam mão de comentários perniciosos sobre a condição de analfabetismo para ridicularizar, inferiorizar e, assim, justificar sua posição de comando nas decisões familiares.

E não é apenas o ambiente familiar, da casa do pai à casa do esposo, que surge nas histórias de vida como palco de opressão. Fora de casa, ela aparece ainda com mais vigor na forma da discriminação sofrida pelos sujeitos reconhecidos como “incapazes” de compreender a língua escrita. Os numerosos casos de humilhação narrados são provas mais que evidentes da insensibilidade que permeia nossa sociedade no que diz respeito à forma de tratamento sofrida pelas pessoas que não dominam a leitura e a escrita.

Cientes de todas essas instâncias opressoras, os sujeitos se refugiam na “cultura do silêncio”. O silêncio inscreve-se no bojo da vergonha de si costumeiramente presente nos relatos, fruto do encontro dos sentimentos de inferioridade e de exposição. Em função da vergonha, muitos dos sujeitos haviam se isolado do convívio social até se engajarem no MOVA-Guarulhos. Portanto, de acordo com a avaliação das educandas, a frequência ao núcleo de alfabetização tem facilitado sobremaneira a destruição da vergonha de si, na medida em que oferece condições para o desenvolvimento de habilidades que influenciam diretamente no isolamento imposto pela vergonha que provoca o sentimento de ser-menos. O falar é a principal delas.

Inicialmente interessadas na investigação dos motivos para a alfabetização, certamente nos surpreendemos ao perceber que a alfabetização estritamente dita não se constituía enquanto principal fonte de motivação para a permanência no núcleo de alfabetização. Ela pode até ter sido o motivo principal da entrada no núcleo. Contudo, a oportunidade de convivência num grupo

etariamente heterogêneo, unido em torno da escrita enquanto objeto de conhecimento a ser construído por todos, convivência esta permeada por situações facilitadoras do desenvolvimento da oralidade numa perspectiva não-estigmatizante, desponta para o grupo estudado como um elemento essencial na explicação do “por que estamos aqui”. Nesse sentido, afirmamos que a motivação para a frequência ao núcleo de alfabetização se deve menos ao aprendizado da língua escrita que à oportunidade de interação social. Caso contrário, como compreender declarações do tipo:

“Enquanto tiver MOVA, estarei aqui. Espero que dure, pelo menos, mais uns dez anos...” ou “A melhor coisa que o MOVA trouxe para a minha vida foram as amizades”, ou ainda “Eu venho estudar porque é melhor do que ficar sozinha em casa?”

CONCLUSÕES

Diante de tais alegações, nossas considerações finais assumem a ampliação das hipóteses iniciais da pesquisa, que supunham como motivação para a entrada ou retorno em oportunidades de escolarização o fato de o adulto ou idoso desejar ler a Bíblia, locomover-se na cidade, comunicar-se por meio da escrita, ajudar os filhos ou netos na escola, tomar conta dos próprios negócios e tantas outras necessidades impostas pela sociedade grafocêntrica, também apontadas por nossas colaboradoras. Não negamos a existência desses fatores como componentes da motivação; no entanto, ao contrário do que muitos poderiam esperar, eles não são o ponto fundamental.

A autoavaliação dos avanços obtidos no campo da comunicação oral orienta os sujeitos estudados para a declaração de que tomar a conquista da alfabetização, estritamente dita, como a principal motivação para a participação num movimento popular de educação, equivale a reduzir ingenuamente um universo muito amplo de atribuições de sentido ao ato de estudar. Destacamos uma reveladora síntese elaborada por uma das senhoras participantes na pesquisa:

“Eu era uma pessoa discriminada, que vivia presa dentro de casa, que não sabia nem conversar direito

com as pessoas. Hoje sou livre, não sou presa dentro de casa, já converso. Não abertamente porque muitas palavras eu tropico. Tem palavra que eu não consigo falar direito porque tenbo a língua pregada. Ninguém acredita, mas eu tenbo. As palavras que eu sei que eu não consigo falar direito eu nem quero pronunciar porque tenbo medo de falar errado e ser caçoada. Pouco a pouco, eu estou perdendo o medo de falar. Na alfabetização eu aprendi a falar melhor e agora eu não tenbo mais vergonha de conversar na frente dos outros. Até agora, eu consegui superar poucas dificuldades de leitura e de escrita: ler eu não consegui ainda, e escrever tenbo que copiar. Ainda não me considero uma pessoa alfabetizada, mas pelo menos já consigo me virar sozinha. E eu sei que, se não estivesse no MOVA, não teria vivido coisas tão gratificantes.”⁴ (p. 133)

O emaranhado de motivos que sustentam a participação no programa de alfabetização nos remete à relação entre aprendizagem e identidade: “Se a língua determina parte de nossa identidade, há motivos para que negociemos o que queremos ou não aprender. O aprendizado da escrita inclui uma outra cultura e uma outra linguagem diferente da oral, embora com ela relacionada.”⁸ (p. 158)

Para os sujeitos estudados, a negociação passa diretamente pela redescoberta da linguagem oral como possibilidade de reconstrução identitária. Dito de outro modo, aprender a ler e a escrever é inegavelmente importante; contudo, situar-se no mundo como sujeito portador de uma fala não-estigmatizada é algo tão valioso quanto mostrar-se publicamente como um sujeito alfabetizado.

Insistimos no fato de que o domínio da leitura e da escrita também é um desejo acalentado pelos sujeitos da pesquisa. Contudo, a frequência ao núcleo de alfabetização traz muitas outras vantagens que não passam despercebidas por quem está cansada de ser reconhecida e humilhada como analfabeta “até pelo jeito de falar”.

De todo o exposto, podemos chegar a algumas conclusões provisórias: o acesso ao código escrito não é a principal fonte de motivação para a permanência de alguns educandos, as conquistas no campo da oralidade podem sobrepujar os avanços ligados diretamente à língua escrita e, o que parece mais instigante, as ações promovidas na área da Educação de Jovens e Adultos precisam levar em conta essa realidade. Muito ainda há de se investigar nesta problemática: o que as pessoas idosas esperam da alfabetização? Como a educação – formal e não-formal – pode atender às suas expectativas? Essas são questões fundamentais para alimentar o avanço de ações que atendam satisfatoriamente a pessoas idosas que buscam por alfabetização. Mesmo que, e especialmente se, uma busca que vá além das letras.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Educação de Guarulhos, especialmente à Equipe de Coordenação do MOVA-Guarulhos, pela manutenção do Movimento que ofereceu o mais profícuo cenário para o estudo proposto.

À Profa. Dra. Nilce da Silva, da Faculdade de Educação da USP, pela cuidadosa orientação da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. UNESCO. Educação e aprendizagem para todos: olhares dos cinco continentes. Brasília: UNESCO; 2009.
2. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
3. Josso MC. Experiências de vida e formação. São Paulo: Cortez; 2004. 288 p.
4. Costa PC. Sem medo de ser falante: as conquistas da oralidade por educandas idosas no MOVA-Guarulhos. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Educação]—Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2008.
5. Costa PC. Além de mulher, velha, além de velha, mulher: relatos de educandas idosas do MOVA-Guarulhos. In: Anais do 15. Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. 2010 jul 15-18; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: UFMG, FAE; 2010.
6. Galvão AMO, Di Pierro MC. Preconceito contra o analfabeto. São Paulo: Cortez; 2007, 120 P.
7. Freire P. Pedagogia do oprimido. 43.ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 2005. 213 p.
8. Freire P. Ação cultural para a liberdade. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981. 149 p.
9. Pereira LE. O nascimento do estranho na cidade de São Paulo: analfabetismo e estigma. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Educação] — Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2007.

Recebido: 05/2/2010

Revisado: 15/7/2011

Aprovado: 26/8/2011

Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos

Effects of practice on manual works for the self-image of the elderly

Maria Heliana Mota Guedes¹
Helisamara Mota Guedes²
Martha Elisa Ferreira de Almeida³

Resumo

A população mundial vem envelhecendo com rapidez; assim, a expectativa de vida vem aumentando e as pessoas estão prolongando seus anos de vida. A arte permite ao ser humano a liberação de seus sentimentos e emoções, aumentando a qualidade afetiva das relações interpessoais, pela melhora da comunicação, fortalecimento da autoimagem e redescoberta de potenciais criativos. Este trabalho teve como objetivo investigar de que forma a prática dos trabalhos manuais pode influenciar a autoimagem do idoso. Avaliou-se a arte através de entrevistas semiestruturadas, centradas em questões relacionadas com o envelhecimento e a autoimagem como recurso terapêutico, de criatividade, processo da criação, autoimagem, autoconceito, autoestima, sentimento e emoções. Evidenciou-se que os trabalhos manuais fortaleceram a autoimagem do idoso, através da concretização dos trabalhos, assim como a socialização, minimizando eventuais impactos decorrentes do envelhecimento, e até mesmo permitindo surgir habilidades artísticas e seu aprimoramento. Conclui-se através da categoria benefícios e das subcategorias habilidade mental, socialização e remédio, que as atividades manuais são valiosas ferramentas na recuperação biológica, psicológica, social e imunológica dos idosos.

Palavras-chave: Idoso.
Arte. Terapia pela arte.
Atividades de lazer.
Trabalhos manuais.

Abstract

The world population is aging rapidly; thus life expectancy is increasing and people are extending their years of life. Art enables man to release their feelings and emotions, increasing the affective quality of interpersonal relationships by improving communication, strengthening self-image and rediscovery of creative potentials. This study aimed to investigate how the practice of manual works

¹ Curso de Pós-Graduação em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

² Departamento de Enfermagem. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina, MG, Brasil

³ Curso de Nutrição. Universidade Federal de Viçosa, Campus de Rio Paranaíba. Paranaíba, MG, Brasil.

can influence the self-image of the elderly. It evaluated art through semi-structured interviews, focusing on issues related to aging and self-image as a therapeutic, creative, artistic process, self-image, self-concept, self-esteem, feelings and emotions. It was evident that the crafts strengthen self-image of the elderly, through the completion of the work, as well as socialization, minimizing any impacts associated with aging, and even arising artistic skills and their improvement. It is through the benefits category and subcategories: mental ability, socialization, and medicine, that manual activities are valuable tools in recovering biological, psychological, social and immunological elderly.

Key words: Elderly. Art. Art therapy. Leisure activities. Manual works.

INTRODUÇÃO

A perspectiva de aumento de vida vem se tornando uma realidade mundial. A previsão é que em 2020 haja mais de um bilhão de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo.¹ Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui uma proporção de 78,6 homens idosos para cada 100 mulheres idosas (idade \geq 60 anos).²

Para a grande maioria, a velhice é uma etapa da vida cercada por impedimentos e constrangimentos, das mais diversas ordens. Estar envelhecendo implica enfrentar transformações no corpo e na vida social. As mudanças na vida social, como a chegada da aposentadoria, são bem mais difíceis de serem compreendidas do que os limites que o corpo começa a impor à medida que a idade avança. Em muitos casos, junto ao tempo livre que decorre de situações como a aposentadoria, aparecem também sentimentos negativos que podem se transformar em problemas como a depressão e a solidão. Quando isso acontece, a arte, além de socializar, permite ao homem liberar sentimentos e emoções. Ela mantém as experimentações criativas e expressivas e funciona como fator ativador de núcleos de vitalidade e de comunicação.

Segundo Fortuna,³ a arte sempre expressou situações vividas pelo ser humano, desde a pré-história até os dias atuais, independentemente do grau de desenvolvimento cultural das sociedades. Cada atividade, cada material, cada cor, forma, movimento e som, tem uma possibilidade de atuação no sujeito.⁴ Assim, um rolo de barbante pode permitir a percepção e integração de noções

de especialidade. As cores, quando bem utilizadas, podem permitir a expressão afetiva e emocional. A modelagem permite estimulação tátil, o trabalho muscular, a estrutura postural, assim como a capacidade de expressão e de planejar. A técnica do desenho tem, na terapia pela arte, o papel de desenvolver a esfera cognitiva, além da capacidade de abstração. Os fios (lãs, barbantes e linhas) utilizados no bordado, tricô, crochê e tecelagem permitem o fortalecimento e a reeducação do pensamento. A imagem sonora faz entrar em contato com seu “eu” mais profundo, que, seguindo as melodias e ritmos, equilibram e harmonizam o sujeito. A dança, além de sua excelência na projeção das imagens internas, permite a exploração e o uso do corpo no espaço.

A utilização da arte no processo terapêutico permite identificar nas imagens, música e escrita, representações de suas expressões, seus sentimentos, pensamentos e sensações naquele momento da vida.³ Segundo Fabiette,⁵ a arte como recurso terapêutico é uma atividade na qual se usam técnicas expressivas, ou seja, a expressão artística. Neste sentido, a arte não requer uma preocupação estética, o objetivo é somente possibilitar e facilitar a comunicação. Não é necessário “fazer bonito”, porque o que importa na arteterapia é o significado do que se faz. A terapia pela arte não necessariamente se fixa nos limites clássicos da psicoterapia através da linguagem artística, uma vez que na Fonoaudiologia, Fisioterapia, Enfermagem, Psicopedagogia e Terapia Ocupacional a arte também é utilizada como a Terapia pela Arte.⁴

Muitos idosos sentem-se desolados e fragilizados ao se defrontarem com seu próprio

envelhecimento, com os preconceitos da idade, a aposentadoria e o declínio gradual das aptidões físicas. As doenças muitas vezes podem ocasionar uma redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, reação e coordenação, gerando o processo de desvalorização da autoimagem, apatia, insegurança, perda da motivação, isolamento social, solidão e baixa autoestima. Este quadro tende a ser alterado se forem desenvolvidas, com os idosos, atividades de expressões artísticas, que visam à melhoria das capacidades motoras que apoiam a realização de sua vida cotidiana, enfatizando o bem-estar e a autoimagem.

Na busca pela confirmação desses benefícios promovidos pela arte, este trabalho teve como objetivo investigar de que forma a prática dos trabalhos manuais pode influenciar a autoimagem do idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e qualitativo. Os dados foram obtidos após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília (UCB), protocolo n. 54/2006. Para a realização da pesquisa, foi concedida autorização do responsável pela instituição, assim como a liberação para citar o nome do Programa Humanizar.

O município de Timóteo, no Vale do Aço, Minas Gerais, desenvolve o Programa Humanizar. Ele foi iniciado em fevereiro de 1992 com 15 alunos da terceira idade, sendo que em 2007 funcionava em dez núcleos, em vários bairros da cidade e havia aproximadamente 1.500 alunos de ambos os sexos. O programa é mantido pela Prefeitura Municipal de Timóteo em todas as suas despesas.

Segundo a Secretaria Municipal de Educação de Timóteo, o Programa Humanizar recebe alunos a partir de 40 anos, como forma de prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis. Pessoas de diferentes classes sociais e de diferentes

níveis de escolaridade integram o programa, criando laços afetivos e de amizade. Ainda de acordo com a secretaria, os professores do programa desenvolvem as mais variadas atividades, como dança, ginástica localizada e recreativa, alongamento, hidroginástica, massagem, caminhada, teatro, dramatização, contação de histórias, coral e trabalhos manuais (pintura, bordado, crochê, macramê e artesanato variado). O programa também oferece palestras, seminários, encontros e viagens, buscando informar os integrantes sobre os cuidados com a saúde, benefícios da arte, importância das atividades físicas, direitos do idoso e outros assuntos escolhidos pelos participantes, com o intuito de promover a prevenção, promoção e reabilitação da saúde. A proposta do programa era ter como público alvo pessoas da terceira idade, mas recebia adultos a partir de 40 anos como forma de prevenção do envelhecimento. Ao analisar o perfil de quem frequentava o Programa Humanizar, observou-se que ele era bastante diversificado e podia ser dividido em três subgrupos.

No primeiro subgrupo, encontravam-se as pessoas de 40 a 60 anos (40% do total dos participantes do programa) que apenas queriam fazer atividade física, cuidarem da saúde sob a supervisão de profissionais de saúde, incluindo um médico do Programa de Saúde da Família que atendia nos bairros onde o Programa Humanizar estava inserido, e ter um ambiente de encontro com pessoas da mesma comunidade e faixa etária. No segundo, encontravam-se aqueles que receberam orientação médica para fazerem exercícios sob a supervisão de fisioterapeutas e educadores físicos, e quando necessário faziam acompanhamento com psicólogos. Eram pessoas com a idade de 61 a 80 anos (50% do total dos participantes do programa) que passaram por cirurgias ou sofriam de doenças como hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e outras doenças crônicas não-transmissíveis. Segundo relatos dos membros deste subgrupo, seus familiares não mediam esforços para o acompanhamento no programa, pois havia o entendimento de que a ação conjunta interferia positivamente na melhora da condição de saúde dessas pessoas. E no terceiro subgrupo

estavam as pessoas com mais de 80 anos (10% do total dos participantes do programa) que só faziam atividades acompanhadas e específicas por requererem mais atenção.

O Programa Humanizar atende como trabalho de cunho social principalmente, mas não deixava de possuir caráter terapêutico, porque tinha profissionais especialistas e de arte terapêutica, nas áreas da arte, artesanato, música, teatro e dança. Por todas essas ações desenvolvidas, definiu-se que o programa possuía caráter terapêutico, arte terapêutico, cultural e artístico.

Enviou-se um convite aos idosos (idade ≥ 60 anos) de ambos os sexos que participavam do programa e que frequentavam há mais de um ano as aulas de trabalhos manuais, em um dos dez núcleos do Programa Humanizar, para participar do estudo. Selecionaram-se participantes de quatro núcleos, uma vez que não eram todos os núcleos que desenvolviam os trabalhos manuais. Os critérios de exclusão foram: a recusa em participar da pesquisa através da não assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido, o ingresso nas aulas de trabalhos manuais há menos de um ano e idade inferior a 60 anos. A amostra final foi composta de 22 idosas.

Aplicou-se a modalidade de entrevista semi-estruturada oral, pela riqueza de dados nas respostas, com duração prevista de aproximadamente 90 minutos, gravada e posteriormente transcrita. A entrevista foi centrada em questões relacionadas a arte, trabalhos confeccionados, criatividade, autoimagem, sentimentos e emoções, considerando-se, para

tanto, a interligação terminológica entre o construto autoimagem e os vocábulos autoestima e autoconceito. Para efeito desta pesquisa, as expressões autoconceito, autoimagem e autoestima tiveram, respectivamente, o significado de consciência do eu, representação do eu e percepção afetiva de si.⁶

A observação dos participantes aconteceu durante as aulas de trabalhos manuais, cujos itens preestabelecidos para descrição foram: socialização, autoimagem, dedicação às aulas, aceitação dos trabalhos pela família e a sociedade, emoções explicitadas durante a confecção dos trabalhos e criatividade. Realizou-se essa atividade no período de três meses, com um encontro semanal, totalizando 30 sessões de observação, já que as aulas de trabalhos manuais eram realizadas uma vez por semana, durante três horas consecutivas. Através dos trabalhos manuais desenvolvidos, foi possível observar a evolução da criatividade dos participantes.

Os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidades do trabalho, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido com base na Resolução n. 196/96.⁷

RESULTADOS

A caracterização da amostra encontra-se na tabela 1. A faixa etária que predominou neste estudo foi de 60 a 65 anos. O estado conjugal mais frequente foi o de idosas casadas, com 59,0%. As idosas viúvas, solteiras, divorciadas ou separadas residiam com os filhos, parentes ou viviam sós.

Tabela 1 – Frequência absoluta e porcentagem das idosas segundo o perfil sociodemográfico. Timóteo, MG, 2006.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Idade (anos)		
60 - 65	14	63,6
66 - 70	4	18,1
71 - 75	2	9,9
76 - 80	1	4,5
≥81	1	4,5
Estado Conjugal		
Casada	13	59,0
Viúva	7	31,8
Solteira	2	9,9
Divorciada/Separada	-	-
Com quem reside atualmente		
Cônjuge	13	59,0
Filhos	3	13,6
Irmãos/Parentes	1	4,5
Sozinha	5	22,7
Números de filhos (vivos)		
0 - 2	3	13,6
3 - 4	7	31,8
5 - 6	5	22,8
7 - 9	3	13,6
> 10	1	4,5
Nenhum	3	13,6
Realizavam tratamento de saúde		
Sim	10	45,0
Não	12	55,0
Doença tratada		
Cardiovasculares	2	9,9
Osteoporose	3	13,6
Depressão	4	19,8
Diabetes mellitus	3	13,6
Hipertensão arterial	6	37,3

Das 12 entrevistadas que não realizavam nenhum tratamento médico, três tiveram alta do tratamento de depressão após iniciar a prática dos trabalhos manuais.

Quanto ao número de doenças por participantes, nota-se que houve prevalência de duas doenças em 31,8% da amostra, seguidos por 9,9% com três doenças (tabela 2).

Tabela 2 – Frequência absoluta e porcentagem do número de doenças por participante. Timóteo, MG, 2006.

Números de doenças	<i>N</i>	<i>%</i>
1	1	4.5%
2	7	31.8%
3	2	9.9%
Nenhuma	12	54.5%

Após a leitura do *corpus* coletado, procedeu-se à categorização das respostas obtidas. As unidades textuais da entrevista foram sublinhadas, enumeradas, recortadas, coladas e agrupadas, de acordo com algumas semelhanças entre as respostas obtidas. As participantes foram denominadas por E maiúsculo, seguida pela numeração arábica de 1 a 22.

Foram ressaltadas situações específicas dos discursos proferidos pelas participantes, procurando relacionar fragmentos frasais com as respostas. Nesse sentido, a categorização dos sentimentos foi criada com base nas informações prestadas pelas depoentes.

Visando à organização temática, foram avaliadas a categoria “benefício” e as subcategorias “habilidade mental”, “socialização” e “remédio”. A categoria “benefício” consiste em mostrar, dentro do universo pesquisado, as falas que apresentavam efeitos positivos decorrentes da atividade de trabalhos manuais.

Na subcategoria **habilidade mental**, os benefícios observados situam-se no plano da retenção de informação.

1. [...] *Agora parece até que a mente voltou com os bordados, acho que a gente força a mente e ela volta (E13). Recuperação da habilidade de retenção de informação.*
2. [...] *Eu notei que minha mente evoluiu muito mais e o espírito também (E3). Marca da evolução mental.*
3. [...] *Minha cabeça melhorou, porque tem que concentrar, contar os pontinhos, tem que trabalhar a cabeça mesmo, senão faço tudo errado, melhorei muito a cabeça (E6). Resgate de habilidades de memorização.*
4. [...] *Minha mente melhorou muito, estou ainda esquecida, mas mesmo assim melhorou demais... até risco as amostras de cabeça (E7). Revelação de retomada de habilidade mental.*
5. [...] *Depois que começaram a ter essas aulas, esses trabalhos, parece que minha mente está voltando, ficando mais ativa (E4). Revelação da retomada da atitude mental.*

6. [...] *Esses trabalhos também ajudam na memória eu acredito, principalmente assim, pra quem tem mais dificuldade, ajuda muito (E8). Confirmação do trabalho manual como possibilidade de reaver a memória.*

7. [...] *Estou movimentando a mente, estava muito esquecida, só esquecendo as coisas... aqui na aula trabalha sua mente ... Tem que contar muito para não errar (E12). Reforça a intensidade da operação mental na tentativa de não cometer erros.*

8. [...] *Antes de eu fazer estes trabalhos eu tinha uma sensação de estar doente, adoeci mesmo, mas vim pra cá fui ficando e a minha memória melhorou demais, eu não guardava nada na minha cabeça. Minha memória melhorou acho que é porque eu não tenho mais aquela sensação de estar doente, meu sentimento agora é de saúde (E15). Revelação de uma mudança em sua qualidade de vida, que passa a ter mais saúde ao recuperar a memória.*

9. [...] *Minha memória melhorou muito, porque tem que concentrar muito. Eu bordo todos os dias (E18). Como característica do bordado, a necessidade de retenção de informações prévias para produzir novos trabalhos, daí a importância da atividade rotineira na retenção da memória.*

Na subcategoria **socialização**, resgata-se a importância dos trabalhos manuais na busca do seu encontro com o outro que pode ser uma colega ou alguém que possa ser a extensão da sua família.

1. [...] *Além dos trabalhos tem o contato com as colegas, conversa com um, com outro, você está junto com todo mundo, vai embora conversando com uma turma, vem desabafando com outra, porque eu passei a viver de novo depois que fiquei viúva, agora minha vida está muito boa (E4). Resgata a necessidade que uma pessoa solitária tem de buscar no outro a completude do seu eu social.*
2. [...] *Aqui a gente pode conversar bastante, posso sorrir, conviver, e é bom demais conviver com as colegas, com as pessoas (E5). Reforça a importância do trabalho manual do coletivo na dinâmica da convivência humana.*
3. [...] *Aqui é muito bom tem as amizades né? Conversa com um, com outro, eles dão opinião no*

meu trabalho (E6). Marca a importância da amizade, na troca mútua, nas relações humanas.

4. [...] *Aqui eu tenho as amigas, fico no meio delas e fico muito bem, elas me ajudam a lembrar e a renovar os bordados que aprendi quando era criança (E15). Resgata a necessidade do ser humano de se encontrar em grupo.*

5. [...] *Eu fico no meio das pessoas diferentes, a gente sente bem de ficar com outras pessoas (E3). Revela a necessidade do ser humano viver socialmente.*

6. [...] *Mas aí vêm as colegas, a gente encontra, bate papo, é muito bom (E8). Aborda o poder do diálogo como forma de se encontrar e encontrar o outro.*

7. [...] *Participo também para conviver, e passar para as pessoas que querem aprender, quem quer eu ensino (E9). Apresenta a satisfação pessoal na transmissão de informações que serão importantes na vida do outro.*

8. [...] *Aqui nas aulas você está no seu meio, aqui você é valorizada, as pessoas gostam de você, você ajuda as colegas, elas te ajudam, é uma satisfação se sentir útil (E13). Reafirma a importância das relações mútuas na realização de um trabalho manual coletivo.*

9. [...] *Passsei a me sentir bem melhor, a gente faz amigos. Me dá alegria quando chego aqui, a sala parece uma sala de irmãos, é muito gostoso (E14). Apresenta o ambiente coletivo favorável ao relacionamento que cria laços afetivos.*

10. [...] *Eu acho tão bom estar aqui no meio do pessoal, porque, além dos bordados, eu ainda tenho as pessoas, que a gente diverte muito, brincando, batendo papo, a gente é muito amiga (E16). Marca a possibilidade de criação de um grupo fundamentado em laços afetivos e com ênfase em parceria.*

11. [...] *Essas aulas são muito boas para conversarmos com as colegas, é o entrosamento, e tem hora que sai alguma piadinha que a gente ri bastante, relaxa, né? É a convivência e isto é muito importante, principalmente pra mim que vivo só (E17). Revela a importância da descontração e do humor na realização do trabalho manual coletivo.*

12. [...] *Isto aqui é uma oportunidade, sair de casa, ter contato com um, com outro, poder aprender aqui*

e até depois ensinar o que a gente aprendeu aqui (E19). Apresenta a realização humana na troca de conhecimento, além da saída de casa como evento social.

Na subcategoria **remédio**, há uma possibilidade de situar conceitualmente os efeitos decorrentes dos trabalhos manuais naqueles que os praticam. Há nessa subcategoria um meio de terapia contra problemas fisiológicos, imunológicos, sociais e psicológicos.

1. [...] *Eu guardo meus bordados, fico feliz em ficar pegando neles, dou de presente, forro meus negocinhos (E 3). Revela a aplicação terapêutica que os bordados representam.*

2. [...] *Eu tenho uma sobrinha que levou e vendeu tudo, já mandou o dinheiro pra mim, é bom demais, guardei ele todo na poupança para viajar com o Programa Humanizar, é dinheiro do meu serviço, agora não precisa de mais ninguém me dar dinheiro (E 4). Registra a importância socioeconômica gerada pela produção de trabalhos manuais na busca da sobrevivência.*

3. [...] *Meus trabalhos, eu dou na maior alegria, não vendo os panos; o importante não é o dinheiro é a satisfação da pessoa que ganha o presente e minha alegria em saber que ela gostou e ficou toda satisfeita (E 5). Possibilita a leitura que a capacidade de doação pode significar para aquele que produz um trabalho manual e, ao fazer dele um presente, se realiza com a satisfação de quem recebeu.*

4. [...] *Conheci várias pessoas na mesma situação minha, na mesma idade, então pra mim foi um remédio, mudou até minha auto-estima, eu me senti mais capaz, até em outros sentidos, não só no artesanato, mas eu senti vontade de fazer outras coisas, então melhorou todo meu ser (E 13). Demonstra um efeito global no organismo humano, uma vez que esta terapia tem a possibilidade de promover um encontro consigo mesmo e em direção ao outro.*

5. [...] *Esse trabalho me ajudou muito, até ajudou a controlar minha pressão porque é um relaxamento, me traz uma sensação de paz e equilíbrio (E 10). Reforça, mais uma vez, a capacidade terapêutica que as atividades manuais coletivas desencadeiam no indivíduo.*

6. [...] Depois que entrei nos bordados minha vida mudou, estou mais tranquila, alegre, gosto de fazer as coisas, não gosto de ficar parada (E 11). Declara que a prática da atividade manual é capaz de proporcionar alegria, tranquilidade às pessoas, procurando sair da inércia.

7. [...] Depois que eu comecei a fazer esses bordados eu fiquei menos nervosa, volto a falar, esses trabalhos são como remédios pra mim, se alguém for me impedir de bordar um dia eu prefiro morrer, não consigo nem pensar o que seria de minha vida sem bordar (E 18). Revela a necessidade “deste medicamento” na continuidade de uma vida mais equilibrada e feliz.

8. [...] Depois que comecei a fazer estes trabalhos, não somente eu, mas lá em casa meu marido e minha filha perceberam mudanças, eu fico menos cansada, estou aceitando as coisas com mais maturidade, menos nervosismo (E 19). Estabelece uma ação sedativa na vida de uma mãe, mulher, dona de casa que percebe nos trabalhos manuais uma possibilidade de controlar a si mesma.

9. [...] Eu guardo tudo para mim, todo mundo que chega eu mostro com muito orgulho (E 5). Define a realização do ser humano por meio de trabalhos manuais em um ser útil e capaz.

10. [...] Inclusive eu e algumas colegas já estamos ensinando os trabalhos daqui, no salão São Vicente (E 7). Estabelece a ação de multiplicar o conhecimento; uma satisfação pessoal que a torna ainda mais feliz.

11. [...] Depois que eu passei a me dedicar a esses trabalhos eu fiquei mais tranquila; eu era muito ansiosa, agora vejo que esses trabalhos me ajudam muito, além de ser muito bom pra minha mente (E 17). Retoma, mais uma vez, o efeito psicossomático que promove a desconcentração, a ação antidepressiva naqueles que participam de atividades manuais.

DISCUSSÃO

A viuvez ou a separação podem trazer a possibilidade de liberdade e alegria, isto quando houve uma relação de autoritarismo e posse em relações anteriores.⁸ Santos⁹ recomenda o convívio familiar e o contato com as amigas, pois o carinho

e o afeto são imprescindíveis contra o envelhecimento social, sendo o idoso um ser integrante da família e da sociedade.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem cinco mulheres viúvas para cada homem viúvo,² sendo sugerido que tal fato ocorre porque as mulheres se casam mais jovens que seus maridos, além de possuírem maior longevidade e dificilmente se casarem novamente.¹⁰ As mulheres idosas apresentam maior tendência a viver sozinhas, devido ao fato de que grande parte delas são viúvas e uma proporção cada vez maior são separadas ou divorciadas.¹¹

Neste estudo, houve uma prevalência de duas doenças em 31,8% da amostra, seguidos por 9,9% com três doenças, sendo as mais citadas a hipertensão arterial (37,3%) e a depressão (19,8%). Quintão et al.,¹² ao avaliarem idosos com incontinência fecal, observaram que 73,9% tinham menos de três patologias associadas, sendo as mais frequentes: acidente vascular encefálico, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial.

Segundo Camarano,¹¹ existem doenças que antes de representar um risco de vida, ameaçam a independência e a autonomia do indivíduo. Souza¹³ ressalta que o fazer com as mãos pode não curar as doenças, nem eliminar limitações inerentes à idade avançada, mas pode auxiliar na amenização da dor ou no encontro de uma mudança mais positiva em relação à vida e ao modo de ser, ou despertar a vontade de buscar a vontade da própria felicidade. Carvalho¹⁴ destaca que, através das atividades artísticas, o paciente poderá expressar seus sentimentos, pensamentos, emoções e atitudes.

Stuart-Hamilton¹⁵ relata que muitas habilidades intelectuais, particularmente as que dependem da inteligência fluida declinam com a velhice, tornando-se mais lentas e menos exatas. Entretanto neste estudo, nove (40,9%) participantes avaliadas relataram que os trabalhos manuais melhoraram suas habilidades mentais.

Das participantes avaliadas, 12 (54,5%) relataram que os trabalhos manuais foram

importantes para sua socialização. A criação de um trabalho garante a autoestima e a autoconfiança. Reforçando o ego, a arteterapia direciona a subjetividade, tornando-se cada vez mais estruturada no percurso de sua autonomia ou autoria de pensamento. Favorecendo a relação com o outro, o indivíduo tem a possibilidade de se sentir incluído ou fazer parte de um grupo, desenvolvendo sentimentos de companheirismo, satisfação, identificação, semelhança, apoio, proteção e ajuda.¹⁶

Carvalho¹⁴ destaca que a arte faz parte do convívio humano como necessidade, além de contribuir para o desenvolvimento global. O indivíduo desenvolve formas de se expressar e registrar sua marca pessoal, o estilo e seu modo de estar no mundo, assim como comunicar e expressar sentimentos. A arte tem forte papel social, além de facilitar um despertar para as emoções. Em qualquer manifestação artística como a música, pintura e o teatro, o artista expressa simbolicamente suas sensações, sentimentos e imagens do seu mundo interior, e proporciona ao público participante o contato com essas emoções. Relatos das participantes E14 e E16 na subcategoria da socialização reforçam tal ideia.

Os relatos das participantes E17 e E19 na subcategoria da socialização reforçam que a arteterapia trabalhada em grupo possibilita tanto o alcance de objetivos pessoais e sociais, uma vez que ela favorece a personalidade em formação, o caminho de integrar-se às necessidades de adaptação às exigências externas do grupo.¹⁶

Das participantes avaliadas, 11 (50,0%) relataram que os trabalhos manuais tinham efeitos terapêuticos. Fortuna¹⁷ destaca que a produção artística não deve ser avaliada na sua qualidade estética, mas na avaliação contínua de um processo de fazer arte na infinitude de alternativas possíveis, verificando até que ponto ele pode recuperar seu estado saudável. Deve incentivar a pessoa a lidar melhor com seus conteúdos internos, com o objetivo de ajudá-lo a reequilibrar-se emocionalmente e encontrar sua própria linguagem expressiva, por meio da qual possa entender seus conflitos, expressar suas emoções, seus traumas e desejos.

A arte tem uma função simbólica, pois permite ao indivíduo expressar-se e perceber significados. Em todas as épocas, a arte teve sua função e serviu para diferentes propósitos, mas sempre revelou e destacou o homem no mundo.¹⁸

Segundo Carvalho,¹⁴ a busca das artes como elemento facilitador de expressividade da alma, de pensamento e percepção é uma excelente condição de aprendizagem para reconstruir atitudes e escutar as dores e anseios da alma. Assim, a obra artística é um verdadeiro registro da alma de seu autor, que se manifesta em uma linguagem muito peculiar, com símbolos particulares ao contexto do momento histórico e particular ao contexto terapêutico, podendo esta obra ser considerada um espelho do mundo interno de seu autor, revelando não apenas suas características pessoais (possibilidades e limites), suas potencialidades, mas inclusive a maneira como este se organiza em seus relacionamentos intrapessoais, interpessoais e com o mundo.

Para Ostrower,¹⁹ o homem cria não apenas por vontade própria ou porque gosta e sim porque precisa. E ele só pode crescer de maneira coerente como ser humano, ordenando, formando e criando. Carvalho¹⁴ ressalta que o crescimento pessoal e holístico é favorecido pela arte. “O uso da arte como terapia implica um processo criativo que pode ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal”. Souza¹³ relata que envelhecer com satisfação depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo. Trabalhando com o idoso, faz-se necessário o encontro da criação com as independências físicas e psicológicas. As ciências vêm apontando a arte como meio de conseguir bem-estar e atividade, permitindo assim, dizer que um dos pilares de uma velhice saudável é a harmonia na expressão dos sentimentos, naquilo que o idoso faz para manter em atividade a mente e o corpo.

A autoestima é a avaliação da pessoa sobre seu próprio valor, dependendo da percepção de si mesma e abrange dois componentes: o sentimento de competência pessoal e o sentimento de valor

pessoal.²⁰ É a soma da autoconfiança com o autorrespeito e reflete a capacidade pessoal de se lidar com as dificuldades da vida e com o direito de ser feliz.²¹ Segundo Erbolato e Leite²² a autoestima implica uma visão geral de como somos e de como achamos que os outros nos veem. Entram neste processo aspectos emocionais e intelectuais, em que a autoestima, por si só, já supõe uma avaliação positiva. Para Simmons et al.,²³ pela autoestima avalia-se se alguém quer bem a si próprio.

Sanchez e Escribano²⁴ definem autoconceito como uma atitude valorativa do indivíduo acerca de si mesmo envolvendo estima, sentimentos, experiências ou atitudes que o indivíduo desenvolve sobre si mesmo. O autoconceito tem papel fundamental sobre o psiquismo do indivíduo, sendo muito importante para suas experiências, saúde psíquica, e atitudes para consigo e para os demais, base para a construção da personalidade. Na velhice, o bem-estar psicológico caracteriza-se pela autoaceitação, pela autonomia, pelas relações mais positivas com os outros, pela competência para manejar o ambiente e pelo crescimento pessoal.²⁰

Ciornai²⁵ relata que tanto na arte quanto na terapia, manifesta-se a capacidade humana de perceber, figurar e reconfigurar suas relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo, retirando a experiência humana da corrente rotineira, estabelecendo novas relações entre seus elementos, combinando o velho com o novo, o conhecimento com o sonhado, o temido com o vislumbrado, trazendo assim novas integrações, possibilidades e crescimento.

Stuart-Hamilton¹⁵ ressalta que as razões por trás das mudanças na produção criativa ao longo do período de vida devem-se muito mais ao estilo de vida e às exigências do trabalho da pessoa do que ao envelhecimento em si. As pessoas mais velhas podem ter “perdido” sua criatividade por terem sido muito boas no que faziam antes. Torna-se evidente que dedicar-se a uma atividade criativa como pintar, escrever e bordar é de considerável valor para as pessoas mais velhas, aumentando o sentimento de bem-estar e a autoestima.

Segundo Arcuri,²⁶ “a arte pode ser uma força capaz de levar o homem além do vazio. É uma

linguagem capaz de estabelecer uma conexão com a alma e é a única capaz de compreendê-la”. A arte desenvolve a liberdade à alma aprisionada pelo vazio e pelo medo, levando à construção dos anseios e da necessidade interior do ser humano. Assim, a arteterapia atua a serviço das leis da necessidade interior, pois o corpo precisa de trabalho, de fortalecimento muscular e a alma necessita ser fortalecida.

Fortuna³ destaca que a arte é necessária ao homem como uma forma de equilíbrio e de integração a seu ambiente: *“A arte é o meio indispensável para a união do indivíduo com o todo, refletindo a infinita capacidade humana para a associação, para a circulação de experiências e idéias”*.

Para Ostrower,¹⁹ a criatividade compreende aspectos expressivos de um desenvolvimento interior na pessoa, refletindo no processo de crescimento e maturação, cujos níveis integrativos são considerados indispensáveis para a realização das potencialidades criativa, pois aos processos de maturação se vincula a espontaneidade no criar. Já Philippini²⁷ relata que o trabalho criativo interno amplia possibilidades, sendo importante todo o movimento, som, sensações, sentimentos e, os pensamentos neste momento se tornam responsáveis por despertar o ato criador de cada um, e dessa maneira, proporciona um viver de forma mais criativa.

O idoso criativo tem ideias próprias, aceita com mais facilidade os limites do corpo, tem mais cuidado consigo, encontra novas possibilidades e opções agradáveis para desfrutar a vida. Ele dá mais valor aos instantes, presta mais atenção nos detalhes da vida, é dono dos seus desejos e luta por eles, constrói relações positivas que lhe dão prazer, tendo assim maior bem-estar e melhor qualidade de vida.¹¹

CONCLUSÃO

Percebeu-se, através dos relatos, que as idosas melhoraram a habilidade mental, a socialização e diminuíram o uso de remédios, havendo um

efeito global no organismo humano, uma vez que as atividades do programa promoveram o encontro das pessoas com elas mesmas – ou seja, tornaram-se mais equilibradas emocionalmente porque a arte tem o poder de alcançar emoções profundas, dando oportunidade para as pessoas mudarem a maneira como sentem em relação a si mesma e ao mundo. Evidenciou-se que os trabalhos manuais fortaleceram a autoimagem das idosas, através da concretização dos trabalhos, assim como a socialização, minimizando eventuais impactos decorrentes do envelhecimento e, até mesmo,

permitindo surgir habilidades artísticas e o seu aprimoramento.

Conclui-se, através da categoria “benefícios” e das subcategorias: “habilidade mental”, “socialização” e “remédio”, que as atividades manuais são valiosas ferramentas na recuperação biológica, psicológica, social e imunológica das idosas. Como possibilidade de novos estudos, sugere-se a aplicação de outras metodologias para verificar novas contribuições que a arte como terapia poderá desvelar no universo dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Rosa MRD, Ribas A, Marques JM. A relação entre o envelhecimento e a habilidade de escuta dicótica em indivíduos com mais de 50 anos. *Rev Bras de Geriatr e Gerontol.* 2009; 12(3): 331-43.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000. [acesso 28 set. 2010]. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.sht>>
3. Fortuna SMCB. *Terapias expressivas.* Campinas: Editora Alínea; 2000.
4. Eliezer J. Arte-terapia. *Rev Insight* 1992; 2(23): 21-3.
5. Fabietti DMCF. *Arteterapia e envelhecimento.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.
6. Novaes MH. Autoconceito, um sistema multidimensional hierárquico e sua avaliação em adolescentes. *Arq Bras Psicol* 1985; 37(3): 27-43.
7. Ministério da Saúde(Brasil). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 10 out 1996.
8. Monteiro DMR. *Depressão e envelhecimento: saídas criativas.* Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
9. Santos SSC. *Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à cuidativa.* 2. ed. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
10. Buaes CS, Doll J. Aprende a ser viúva: narrativas de mulheres idosas no meio rural. *Rev Kairós* 2005; 8(2): 171-88.
11. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
12. Quintão MG, Oliveira SAS, Guedes HM. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(2): 185-95.
13. Souza OR. *Longevidade com criatividade: arteterapia com idosos.* Belo Horizonte: Armazém de Idéias; 2005.
14. Carvalho MMMJ. *A arte cura? Recursos artísticos em psicoterapia.* Campinas: Editoria Psy II; 1995.
15. Stuart-Hamilton I. *Criatividade na velhice.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
16. Urrutigaray MC. *Arteterapia: a transformação pessoal pelas imagens.* Rio de Janeiro: Wak; 2003.
17. Fortuna SMCB. *Doença de Alzheimer, qualidade de vida e terapias expressivas : arteterapia.* Campinas: Alínea; 2005.
18. Andrade LQ. *Terapias expressivas: arte-terapia, arte-educação, terapia-artística.* São Paulo: Vetor; 2000.
19. Ostrower F. *Acasos e criação artística.* Rio de Janeiro: Campus; 1990.
20. Freire SA. A personalidade e o *self* na velhice. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
21. Branden N. *Como aprender a gostar de si mesmo.* 18. ed. São Paulo: Saraiva; 1996.
22. Erbolato R, Leite MP. *Gostando de si mesmo: a auto-estima.* In: Neri AL, Freire SA. *E por falar em boa velhice.* São Paulo: Papirus; 2000.

23. Simmons S, Simmons JR, John C. Avaliando a inteligência emocional. Rio de Janeiro: Record; 1999.
24. Sánchez VA, Escribano E. Medição de autoconceito. Bauru: Edusc; 1999.
25. Ciornai S. Percursos em arteterapia : arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia. São Paulo: Summus; 2004.
26. Arcuri I. Arteterapia de corpo e alma. São Paulo: Casa do psicólogo; 2004.
27. Philippini A. Cartografias da coragem. Rio de Janeiro: Pomar; 2000.

Recebido: 19/10/2010

Revisado: 03/5/2011

Aprovado: 16/8/2011

Representações Sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense

Social representations on health built by the elderly of western Para state, Brazil

Luiz Fernando Rangel Tura¹
Ivani Bursztyn¹
Diana Maul de Carvalho¹
Angela Arruda²
Antonia Oliveira Silva³

Resumo

Introdução: Objetivando identificar questões relevantes para o monitoramento de agravos à saúde de idosos decorrentes da pavimentação da rodovia Cuiabá-Santarém (BR-163), procurou-se apreender os sentidos de saúde construídos por este grupo, fundamentando-se na teoria das representações sociais. *Metodologia:* Investigou-se amostra aleatória de 89 pessoas com mais de 60 anos de dois municípios na área de influência dessa rodovia. Utilizou-se um teste de evocação livre de palavras com o termo “saúde” e um questionário com perguntas abertas e fechadas para caracterizar conhecimentos, crenças, atitudes e práticas. *Resultados:* Ficou evidenciada a centralidade de “médicos”, o principal organizador dessa representação, e o sistema periférico constituído pelos elementos “hospital”, “profissionais”, “prevenção”, “disposição” e “dinheiro”. *Conclusões:* Os resultados indicam que a carência de infraestrutura assistencial influencia o processo de construção de sentidos de saúde. Isto adquire maior relevância diante da perspectiva de pavimentação da rodovia BR-163, que poderá trazer incremento dos agravos à saúde.

Palavras-chaves: Saúde. Idoso. Saúde do idoso. Medicina Preventiva. Representações sociais.

Abstract

Introduction: To contribute to the development of health care for the elderly, and identify aspects of health perception useful for monitoring strategies of health hazards linked to the paving of Cuiabá-Santarém Highway (BR-163), social representations of health by the elderly were studied through theory of social

¹ Laboratório de História, Saúde e Sociedade, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Departamento de Psicologia Social, Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

Financiamento: CNPq – Proc. 402867/05-0

Aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da FIOCRUZ (Proc. 0022.0.011.011-06)

representations. *Methodology*: A random sample of 89 people aged 60 or over was investigated. Association test with the word “health” and a questionnaire were used. *Results*: Analysis showed the element “physicians” composing the central system and “hospital”, “professionals”, “prevention”, “disposition” and “money”, the peripheral system. *Conclusions*: The lack of health assistance influences the build up of health meanings. Results are even more relevant as the paving of BR-163 may bring on new health hazards.

Key words: Health. Aged. Health of the Elderly. Preventive Medicine. Social representations.

INTRODUÇÃO

Em países como o Brasil, de dimensões continentais e grandes contrastes socioeconômicos, observa-se que a preocupação com o envelhecimento se concentra nos grandes centros urbanos. Em áreas mais distantes, as necessidades dos idosos podem estar sendo negligenciadas, em vista de prioridades emergenciais da população mais jovem. Neste estudo, tem-se como objetivo contribuir para o aperfeiçoamento de medidas de atenção à saúde dos idosos na área de influência da rodovia Cuiabá-Santarém (BR-163), a partir da apreensão das representações sociais de saúde construídas por esse grupo.

Tem sido uma constatação recorrente que os serviços de saúde, públicos e privados, ao implantarem programas dirigidos à prevenção de “problemas do envelhecimento” – principalmente doenças crônicas – assumem a perspectiva de que os indivíduos têm condutas saudáveis na medida de sua avaliação pessoal de riscos e benefícios para a saúde, apesar de tal comportamento não ser observado em muitos casos quando se trata de prevenção primária.^{1,2}

As ações educativas propostas nem sempre contemplam a complexidade do processo de envelhecimento, desconsiderando as várias dimensões envolvidas na apropriação de conhecimentos e habilidades necessárias ao desenvolvimento de condutas saudáveis.³ De fato, as experiências exitosas, como de North Karelia, foram obtidas através de mudanças em toda a sociedade e não somente no nível individual.⁴ Assim, vários outros fatores – incluindo o tempo, os espaços de convivência e a interdependência entre diferentes dimensões socioculturais – estão

envolvidos quando se propõe analisar o problema do envelhecimento populacional.

Em nosso meio, os dados epidemiológicos indicam que a demanda por consultas médicas está relacionada sobretudo a cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes e afecções osteoarticulares. Além disso, esse grupo está sujeito a outras situações ligadas à condição de aposentadoria, pouco convívio social e familiar, além da incapacidade de se cuidar com autonomia e as apreensões relativas à proximidade da morte.⁵ Há ainda que se considerar que a conjuntura de iniquidade socioeconômica existente no país desenha formas desiguais de acesso aos serviços de saúde e a outros bens e recursos sociais. Observa-se, com isso, entraves à integralidade da assistência à saúde.³

Pesquisa realizada em Juiz de Fora (MG) identificou que, para os idosos, a imagem do idoso saudável está relacionada com ser capaz de manter a saúde física e emocional, poder contar com o apoio familiar e do grupo social, dedicar-se a atividades que dão prazer, ter hábitos de vida saudáveis, manter a fé e desempenhar as atividades do cotidiano. Enquanto isso, seus cuidadores enfatizam a autonomia e independência.⁶

O crescimento do contingente de idosos na população reforça, para esse grupo, o que foi assinalado por Pellegrini-Filho⁷, quando destaca a importância de se assumir, em relação à saúde, a necessidade de encontrar alternativas metodológicas que permitam desenvolver pesquisas baseadas em marcos explicativos mais amplos do que os proporcionados pelo uso dos indicadores tradicionais.

Nesta linha de análise, o que está em curso é a necessidade de se buscar uma nova perspectiva na

abordagem dos fenômenos da saúde, que contemple as dimensões subjetivas na relação saúde e doença, introjetadas nos indivíduos através dos processos da convivência sociocultural.⁸ Ou seja, estão em curso situações complexas, que articulam dimensões sociais com aspectos constituídos a partir da mobilização de valores, crenças, formas de entender a vida, a saúde, as relações com o corpo e os outros; e que afetam fortemente os modos do indivíduo e dos grupos se relacionarem com as diversas circunstâncias do existir, entre elas a questão do envelhecimento.

Moscovici⁸ assinala que a observação do crescente consumo na área da medicina, o aumento da difusão de técnicas e teorias médicas e as mudanças na relação médico-paciente possibilitaram transformações de imagens e teorias antigas existentes no campo da saúde. E Arruda⁹ destaca as ressignificações nas concepções sobre saúde e doença, que essas transformações propiciaram. O escopo de análise desses objetos se ampliou, incluindo a contribuição das ciências sociais para o entendimento de aspectos culturais, étnicos, religiosos etc., que constroem as visões pessoais sobre a saúde e a doença e definem condutas diante das novidades que muitas doenças revelam em suas etiologias e formas de apresentação.

Cuidar do corpo e da saúde é entendido, a partir do século XX, como tarefa ou dever do cidadão. A questão sanitária ganhou outras dimensões, expandiu-se e, assim, os objetos de pesquisa nesse campo adquiriram novos sentidos e significados, e seu estudo passou a exigir “pelo menos duas direções aparentemente opostas: a do contexto e a do sujeito para chegar a um destino: o sentido”.⁹ Esse movimento fez crescer o interesse pela teoria das representações sociais, percebida como aporte importante no estudo das direções e sentidos das mudanças. Arruda⁹ distingue a capacidade da teoria das representações sociais, em sua interface com várias áreas do conhecimento, de captar o movimento subjetivo e compreender/entender a realidade social, sem se desconectar de seus vínculos com as formas de organização social, as demandas das diferentes culturas e as características de um tempo e lugar.

As representações sociais constituem um tipo de conhecimento de elaboração coletiva, socialmente partilhado, “concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.¹⁰ De fato, em suas condutas e práticas cotidianas, os profissionais de saúde e a população atendida trocam informações e noções, permeadas por ideias, símbolos, valores, normas, estereótipos que se enraízam em suas histórias e vivências e, nesse processo, o objeto se torna familiar e se naturaliza.

Rezende,¹¹ visando a identificar as demandas e necessidades de atenção à saúde, por meio dos sentidos que idosos atribuem à consulta médica, assinala que o grupo investigado representava a consulta médica em duas perspectivas: uma técnica, em que o idoso espera encontrar na consulta a competência médica e a orientação para o tratamento; e uma dialógica, em que há expectativa de encontrar um médico amigo e solidário, disposto a estabelecer com o cliente uma conversa pautada pela troca de informações. Esses resultados ressaltam a importância dos serviços de saúde, não apenas como espaço de assistência a doenças, mas também como possibilidade de apoio afetivo e na construção de redes sociais.

Situando o indivíduo em seu contexto sócio-histórico, animado de suas práticas e experiências cotidianas, a teoria das representações sociais permite reunir dados que integram redes de significados e trazem subsídios para avaliar a forma complexa de apropriação e reconstrução de sentidos atribuídos aos objetos – sentidos estes que têm implicações diretas sobre as condutas e os processos comunicacionais.¹²

CONTEXTO DO ESTUDO

Os dados aqui apresentados visam a caracterizar as condições de vida e saúde da população estudada. Os municípios estudados – Santarém e Belterra – situam-se no oeste do estado do Pará, na área de influência direta da rodovia Cuiabá-Santarém (BR-163), que está em processo de pavimentação. As transformações esperadas nos contextos ambiental, econômico e social geram

expectativas quanto a mudanças demográficas, culturais, sanitárias e outras.

Santarém é o segundo maior município do estado, com uma população estimada em 276.663 habitantes para o ano de 2009, enquanto para Belterra, a estimativa para o mesmo ano foi de 12.672 habitantes. Em Santarém, a população abaixo de 20 anos corresponde a 41,7% do total e os idosos (acima de 60 anos) perfazem 8%. Em Belterra esses valores são, respectivamente, 44,8% e 7,7%.¹³

Com maior grau de urbanização Santarém apresentava, no ano 2000, 59,5% dos moradores servidos pela rede geral de abastecimento de água, enquanto a situação das instalações sanitárias se mostrava mais precária, com 61% dos moradores utilizando fossa rudimentar. Em Belterra esses valores eram, respectivamente, 27,7% e 93,8%.¹³

De acordo com dados de 2006, em Santarém, entre as principais causas de morte destacam-se as doenças do aparelho cardiovascular, do aparelho respiratório, causas externas e neoplasias. As mortes por doenças cardiovasculares correspondem a 30% do total das mortes e 44,8% das mortes entre os de 60 anos e mais. Em Belterra, para o mesmo período, entre as principais causas de morte destacam-se as do aparelho cardiovascular, aparelho respiratório, neoplasias e causas externas. As mortes por doenças cardiovasculares correspondem a 27% do total e a 40% entre os de 60 anos e mais. O grupo de causas mal definidas correspondeu a 42% em Belterra e 19,8% em Santarém.¹³

A rede de serviços de assistência à saúde em Belterra é constituída por três unidades básicas, três postos de saúde e uma unidade mista da antiga Fundação SESP. Com base no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), para o ano de 2007, a taxa de internação da população residente em Belterra foi de 3,1/100 habitantes; a oferta de leitos era de 1,0/1.000 habitantes; e o município contava com 0,3 médicos/1.000 habitantes. O município de Santarém dispõe de uma rede complexa, com um total de 149 estabelecimentos, sendo 95 públicos, um filantrópico e 53 privados. A taxa de

internação hospitalar da população residente em Santarém, para o mesmo ano, foi de 5,9/100 habitantes, e a oferta local de leitos era de 1,7/1.000 habitantes. O município contava com 1,5 médicos/1.000 habitantes. As principais causas de internação em Belterra foram, para 2007, “doenças infecciosas e parasitárias” (18,6%), “gravidez, parto e puerpério” (18,5%) e “doenças do aparelho genito-urinário” (16,1%). Em Santarém, as principais causas de internação foram “gravidez, parto e puerpério” (46%), “doenças do aparelho respiratório” (19,8%) e “doenças infecciosas e parasitárias” (10,2%). Para o grupo de 60 anos e mais, a principal causa de internação são as doenças cardiovasculares em ambos os municípios.¹³

Santarém é o município-polo da região, contando com maior oferta de serviços não apenas em termos de volume, mas também pelo nível de complexidade ofertada (exames de mamografia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, ressonância magnética e outros). No entanto, apesar das evidentes diferenças entre os dois municípios, é patente a carência de capacidade de atenção refletida na baixa oferta de leitos e baixa taxa de internação hospitalar, mesmo quando se comparam as médias nacionais.¹⁴

METODOLOGIA

O grupo estudado foi constituído por 89 idosos – pessoas com 60 anos e mais –, integrantes de um conjunto de 695 sujeitos de ambos os sexos, residentes nos dois municípios do oeste paraenses. Nos centros urbanos, os sujeitos foram selecionados a partir de amostra aleatória obtida por sorteio de famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família em Santarém e Belterra (1.345 e 1.059 famílias), correspondendo a 302 e 201 famílias, respectivamente. Na área rural de Santarém, São José, foram incluídas todas as famílias (320) e entrevistados os sujeitos maiores de 16 anos que estavam em casa e concordaram em participar da pesquisa no dia do trabalho de campo, correspondendo a 192 famílias.

A investigação teve como fundamento teórico-metodológico a abordagem estrutural das

representações sociais¹⁵, utilizando-se um teste livre de associação com o termo indutor “saúde” e um questionário com respostas abertas e fechadas visando a categorizar os sujeitos em suas características sociodemográficas e apreender normas, valores, atitudes e práticas em relação à saúde. O material obtido foi analisado de acordo com suas respectivas especificidades. O *corpus* oriundo das evocações foi organizado segundo uma estratégia que permite articular as dimensões individual e coletiva através da verificação das frequências – dimensão coletiva – e das ordens médias de evocação – dimensão individual, identificando-se o conteúdo da representação social.^{16,17}

Seguindo-se essa orientação, foram calculadas as médias das frequências e ordens médias de evocação para, em seguida, lançar esses parâmetros em um gráfico de dispersão onde o cruzamento das respectivas linhas o dividirá em quadrantes.^{13,19} Nessa perspectiva, os elementos que são mais prontamente evocados e com maiores frequências localizam-se no quadrante superior esquerdo, possivelmente constituintes do sistema central da representação social. No quadrante inferior direito, estarão os elementos de características opostas e participantes do sistema periférico. Nos outros dois quadrantes, situam-se os elementos

com propriedades mistas, compondo o que Flament²⁰ denominou de periferia próxima, uma vez que guardam uma relação de proximidade com o sistema central.

Para se analisar como os elementos componentes dessa representação se organizam, foi utilizada a análise de similitude, que permite a apreciação do valor simbólico desses elementos, ao identificar relações significativas entre os conjuntos formados por eles.^{21,22} As repostas abertas tiveram seus conteúdos categorizados segundo técnica preconizada por Bardín,²³ e as fechadas, por análise de proporções.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Fiocruz, e no seu desenvolvimento procurou-se atender aos preceitos vigentes de pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Na amostra estudada, observaram-se 43,8% de mulheres e 56,2% de homens, com a idade variando entre 92 e 60 anos, estando a moda na faixa de 60-64 anos (43,2%). Na tabela 1, pode-se observar que a amostra se constituiu por um grupo de idosos majoritariamente situados entre os 60 e 70 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos segundo a faixa etária. Santarém e Belterra, PA, 2009.

Faixa Etária	f	%
60-64	38	43,2
65-69	25	28,4
70-74	10	11,4
75-79	10	11,4
80-84	1	1,1
85-89	3	3,4
90-94	1	1,1
Total	89	100,0

Quanto às condições de moradia, 64,1% apresentavam boas condições de conservação, dividindo-se em 47,2% de construções de alvenaria e 42,7% de madeira – material muito utilizado em construções tradicionais na região. Em 65,2% das residências visitadas, o

abastecimento de água vinha da rede pública; entretanto, 15,7% só contavam com poço artesanal como fonte de água para atendimento de suas necessidades. Quanto aos equipamentos domésticos, as famílias de modo geral eram bem servidas, encontrando-se fogão a gás em 80% das

casas, geladeira em 87,6% e televisão em 88,8%. Esses resultados guardam semelhança com os encontrados por Barreto et al.,²⁴ quando investigaram o perfil sócio-epidemiológico e demográfico de idosas pernambucanas.

Dentre os principais problemas de saúde que informaram apresentar, os cinco primeiros (74,7%) referem-se a: “hipertensão arterial” (23,6%), “diabetes” (17,1%), “gripe” (13,8%), “reumatismo” (11,7%) e “diarreia” (8,5%). Quanto à hipertensão arterial e reumatismo, as proporções referidas foram menores que as encontradas em estudos que investigaram grupos semelhantes^{25,26,27}, e em relação ao diabetes, o resultado encontrado é semelhante aos descritos por Lebrão e Laurenti²⁵ para a cidade de São Paulo.

Para analisar o material evocado, inicialmente foi realizada uma “leitura flutuante” para homogeneizar o *corpus*, visando a superar formas

simultâneas de singular/plural, masculino/feminino, sinônimos etc.²² Em seguida, procedeu-se ao cálculo das médias das frequências e das ordens médias de evocações e à construção do gráfico de dispersão com os parâmetros obtidos.

Foram constatadas 319 evocações – 3,6 evocações/sujeito – de 96 palavras diferentes, com a média de frequência igual a 18 e média das ordens médias de evocação (OME) igual a 2,5. Esses parâmetros permitiram identificar no quadrante superior esquerdo os elementos “médicos” e “hospital”, provavelmente pertencentes ao sistema central desta representação; no quadrante inferior direito, foram encontrados os elementos “profissionais”, “prevenção”, “disposição” e “dinheiro”, compondo o sistema periférico desta estrutura; nos demais quadrantes, encontram-se “remédio”, “atendimento”, “posto de saúde”, “bem-estar”, “alegria”, “vida”, “alimentação”, “doença”, “importante” e “descaso” (quadro 1).

Quadro 1 - Análise das evocações.

F _M	OME < 2,5			OME ≥ 2,5		
	ELEMENTOS	F	ome	ELEMENTOS	F	ome
≥ 18	Médicos	30	2,400	Remédio	26	2,615
	Hospital	20	2,350	Atendimento	24	2,625
< 18	Posto de Saúde	16	2,063	Profissionais	10	2,700
	Bem-estar	12	2,417	Prevenção	6	3,000
	Alegria	11	2,273	Disposição	6	3,333
	Vida	9	1,778	Dinheiro		
	Alimentação	9	2,444			
	Doença	7	2,429			
	Importante	7	2,429			
	Descaso	5	1,200			

Os elementos que compõem essa representação remetem a questões muito concretas que são vividas pelos sujeitos: a falta de infraestrutura assistencial. Tal conjuntura se refletiu na avaliação que esses sujeitos efetuaram do atendimento que lhes era prestado pelo SUS nos respectivos municípios: 37,3% os registraram como muito

bom/ bom; 39,8% regular; e 22,9% péssimo/ ruim. Esses resultados diferem dos constatados por Veras²⁸, ao analisar os dados da PNAD/2003 comparados com os da PNAD/1998, observando uma melhor avaliação em 2003 e assinalando que 83,9% dos idosos consideraram como muito bom/bom o atendimento do SUS naquele ano.

Já em 1998, 81,2% dos idosos consideravam muito bom/bom o atendimento. A avaliação dos serviços de saúde feita pelos idosos deste estudo sugere que a realidade local, norte brasileiro, ainda difere da nacional, mesmo se considerando o tempo decorrido entre os levantamentos das PNADs e esta investigação.

Quando consultados sobre as providências necessárias para melhorar a saúde de sua comunidade, os sujeitos assinalaram “providenciar mais médicos para atendimento” (46,9%), “aumentar o número de profissionais qualificados” (17,3%), “construir mais postos de saúde” (12,4%), “manter e aumentar a oferta de medicamentos” (9,8%) e “providenciar bom atendimento nas unidades de saúde” (7,4%), correspondendo estes conteúdos a 93,8% do *corpus* categorizado.

Na composição do sistema periférico, os elementos “profissionais” e “dinheiro” podem estar espelhando a tensão existente diante das necessidades para tratamento de estados patológicos que apresentem necessidade de consultas médicas, profissionais preparados para o atendimento em uma perspectiva dialógica como descrita por Rezende¹¹, bem como de recursos financeiros para aquisição de medicamentos nem sempre disponíveis nas unidades de saúde.

Na periferia próxima, encontram-se alguns elementos que apontam para outros sentidos de saúde – “bem-estar”, “alegria”, “vida”, “alimentação” –, contrastando com os elementos centrais, ao mesmo tempo em que se mantém uma relação coerente com os elementos “prevenção” e “disposição” situados no sistema periférico. Essa composição está provavelmente sinalizando que os significados de saúde englobam outras dimensões, além daquelas diretamente relacionadas com o processo de prestação de serviços assistenciais. Aspectos afetivos e relacionais podem, portanto, participar, da visão da saúde como parte incontornável que são da vida das pessoas, que concorrem para o bem-estar de forma geral. Ao mesmo tempo, diante da indagação sobre os sentidos da saúde, sobressai o lugar ocupado

pelos aspectos materiais da assistência. Isto alerta para a possibilidade de, diante de pesquisadores vistos como oriundos da sede do saber legítimo, os entrevistados desejarem expressar suas necessidades, na esperança de serem ouvidos por um interlocutor que identificam como possível transmissor desta demanda.²⁹

Estas dimensões mais amplas da saúde também foram encontradas nos conteúdos das respostas, quando estas apontaram alguns fatores que interferem positivamente na saúde pessoal: boa alimentação (36,1%), medidas de higiene (13,9%), exercícios físicos diários (12,1%), bom atendimento médico (8,2%) e saneamento (6,4%). Ou então, ao relatarem as práticas que realizavam para manter a própria saúde. Nesse caso, as cinco categorias mais frequentes, que corresponderam a 83,2% do total do *corpus*, foram: mantendo uma alimentação sadia (40,8%), usando os remédios prescritos pelos médicos (14,4%), realizando exercícios físicos e caminhadas (12,8%), adotando medidas de higiene pessoal e doméstica (8,8%) e procurando trabalhar (6,4%).

É também interessante observar o que foi informado como as cinco principais fontes de aprendizado dos fatores e práticas relatadas: experiência pessoal (25,6%), médicos (20,5%), pais (13,2%), televisão (8,4%) e escola (6,0%), novamente apontando, para os idosos, o lugar do fator relacional no manejo da saúde.

A observação da árvore máxima de similitude mostra que o elemento “médicos” tem seu valor simbólico confirmado exibindo seu poder de organização, uma vez que em torno dele se conectam cinco elementos – “hospital”, “posto de saúde”, “remédio”, “profissionais” e “dinheiro” – que se encontram em diferentes posições na estrutura identificada (figura 1).

A leitura cognitiva deste grafo, como recomendado por Pereira²², explicita ainda mais a avaliação que fizeram os sujeitos acerca da importância de assegurar acesso a uma rede de serviços que atenda que atenda às suas necessidades. Aponta também outros sentidos como, por exemplo, quando articula “prevenção”

com “saneamento”, “alimentação” e “atendimento”, ou “vida” com “disposição”, “bem-estar” e “alegria”. São significados que

refletem a saúde fora do sistema assistencial, posicionados no campo da promoção da saúde, remetendo à intersectorialidade.

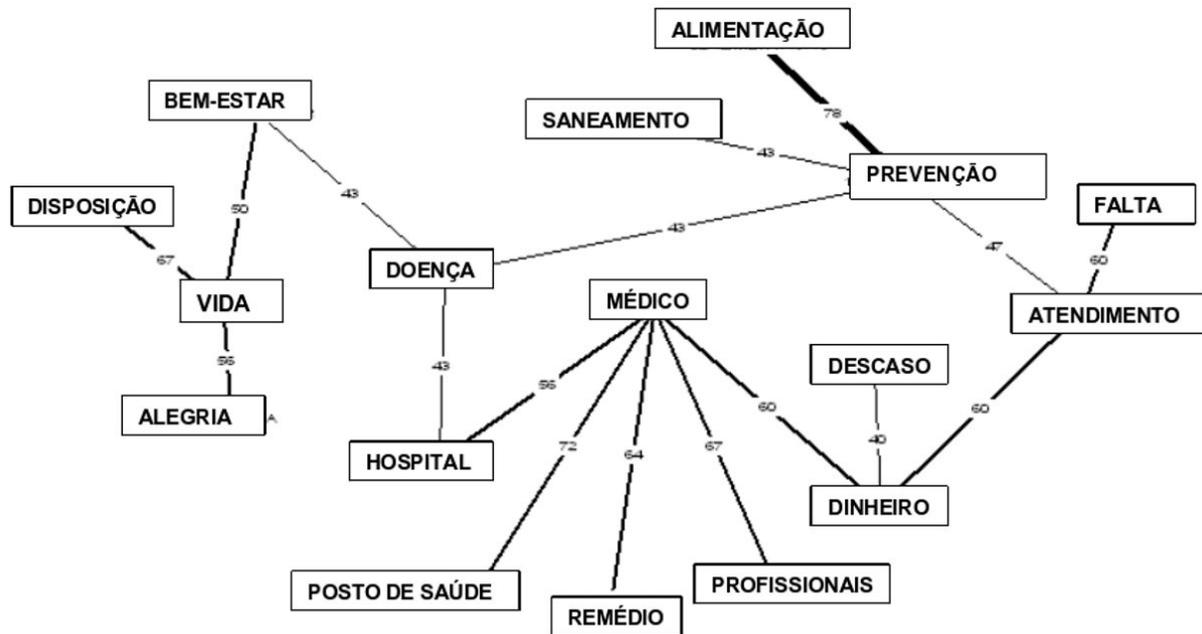


Figura 1 - Árvore máxima de similitude.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do envelhecimento se configura como um processo de mudança e, como tal, demanda um ritmo contínuo de estudos que busquem contemplar os diferentes aspectos que emergem. O desafio que está posto é a articulação de diferentes campos do conhecimento relacionados ao processo saúde-doença.

Os sentidos atribuídos à saúde pelo grupo que participou dessa investigação constituem um conjunto de informações relevantes, indicando a visão de sujeitos que vivem em contextos socioculturais e econômicos muito diferenciados e em uma região que tem demandado a implantação de políticas especialmente orientadas para suas especificidades locais. O que se teve oportunidade de ver emergir, nesse caso, foi uma série de dados que indicam as preocupações

cotidianas desse grupo de idosos com a falta de infraestrutura assistencial, elencando aspectos qualitativos e quantitativos do problema, mostrando também que haviam apreendido nos processos de comunicação social outros conteúdos mais relacionados com o paradigma da promoção da saúde. Esses conteúdos têm-se apresentado atualmente como uma interface ou o outro lado daquilo que se convencionou distinguir como o atendimento médico. Este contexto adquire maior relevância diante da perspectiva de pavimentação da rodovia federal BR-163, que atravessa a região e que pode – em suas muitas interferências no meio ambiente – trazer incremento dos agravos à saúde.

Os resultados indicam que esse grupo está atento a suas necessidades e tem discutido sobre isso, pois informações mais recentes – como aquelas que se relacionam com a promoção da saúde – já

fazem parte de seus discursos. Demonstram também que atenção à saúde recebida por esse grupo se caracteriza pela fragmentação, ou seja, reconhecem a importância das atitudes e práticas individuais relacionadas com a promoção da saúde,

valorizam o acesso à assistência e medicamentos proporcionados pela expansão do Programa de Saúde da Família, mas se ressentem da inexistência de um sistema integrado que assegure a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Kalache A. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde da PNAD, demandas e desafios contemporâneos. *Posfácio. Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10): 2503-05.
2. Ramos LR, et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *J Cross Cultural Gerontol* 1993; 8: 313-23.
3. Chaves M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. *Rev Bras Educação Médica* 1998; 22(1): 7-18.
4. Puska P, Keller I. Primary prevention of non-communicable diseases: experiences from population based intervention in Finland for the global work of WHO. *Z.Kardiol.* 2004; 93(Suppl 2): II37-42.
5. Silvestre JAN, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3): 839-47.
6. Assis A. Novos modelos de assistência à saúde do idoso: desafios e tendências da arquitetura frente ao envelhecimento populacional brasileiro. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Arquitetura)— Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
7. Pellegrini Filho A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciênc Saúd Colet* 2004; 9(2): 339-50.
8. Moscovici S. Representações Sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
9. Arruda A. Novos significados da saúde e as representações sociais. *Cad Saúd Colet* 2002; 10(2):215-27.
10. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p. 17-44
11. Rezende TB. Idosos e a consulta médica: um estudo de representações sociais. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde coletiva].— Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.
12. Madeira M. Representações Sociais e Educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: MOREIRA ASP. *Representações Sociais: teoria e prática*. 2. ed. João Pessoa: EDUEPB; 2003. p.123-44
13. DATASUS/MS. Ministério da Saúde. Disponível em www.datasus.gov.br Acessado em 09/04/2010.
14. Loyola Filho AI, et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004; 13(4): 229 – 38.
15. Abric JC. L'analyse structurale des représentations sociales. In: Moscovici S, Buschini F. *Les méthodes des sciences humaines*. Paris: PUF; 2003. p. 375-92.
16. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996.
17. Vergès P. A evocação do dinheiro: um método para a definição do núcleo central de uma representação. In: MOREIRA ASP, et al. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: EDUEPB; 2005. p. 471-88.
18. Tura LFR. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: Jodelet D, Madeira MC. *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN; 1998. p.121-54.
19. Vergès P, Scano S, Junique C. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations. *EVOC2000: manuel*. [France?]: LAMES; 2000.
20. Flament C. Aspects périphériques des représentations sociales. In: Guimelli C. *Directeur. Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé ; 1994. p. 85-115
21. Bouriche B. L'analyse de similitude. In: Abric J-C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Saint-Agne: Éditions Érès ; 2003. p. 221-52.
22. Pereira FJC. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: Moreira ASP, et al. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: EDUEPB, 2005; p. 25-60.

23. Bardin L. L'analyse de contenu et de la forme des communications. In: Moscovici S, Buschini F. Les méthodes des sciences humaines. Paris: PUF, 2003. p. 243-70.
24. Barreto KML, et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2003; 3(3): 339-54.
25. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 127-41.
26. Santos MRDR, et al. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2007; 10(1). [acesso 22 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>
27. Zaitune MPA, et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. Cad. Saúde Pública 2006; 22(2): 285-94, 2006.
28. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009; 43(3): 548-54.
29. Orvig AS. Éléments de sémiologie discursive. In: Moscovici S, Buschini F. Les méthodes des sciences humaines. Paris: PUF; 2003. p. 271-95.

Recebido: 05/1/2011

Revisado: 25/4/2011

Aprovado: 23/8/2011

Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil

Evaluation of the quality of life and decision-making capacity in elderly participating in sociotherapeutic groups in Arroio do Meio city, Brazil

Aletheia Peters Bajotto¹
José Roberto Goldim¹

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar os domínios da qualidade de vida (Questionário WHOQOL-OLD) e a capacidade de tomada de decisão (Questionário de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico Moral) de idosos que participam de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS. Realizou-se pesquisa caracterizada como transversal, observacional, descritiva, em indivíduos que participavam de grupos de idosos. Da amostra de 133 idosos, o domínio “Intimidade” obteve a média mais expressiva (69,12+23,52); “Autonomia” alcançou uma média baixa (38,68+16,76) e a média do desenvolvimento Psicológico- Moral dos participantes foi de 4,4, situando-os na fase Conscienzosa. Os idosos de Arroio do Meio apresentam-se satisfeitos com a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais e com a participação social na comunidade. Apresentaram um escore global de qualidade de vida baixo, mas são completamente capazes de tomar decisões em seu melhor interesse.

Palavras-chave: Idoso.
Qualidade de Vida.
Tomada de Decisões.
Comportamento.

Abstract

The aim of the study was to evaluate the domains of quality of life (WHOQOL-OLD Questionnaire) and the ability of decision-making (Questionnaire for Evaluation of the Moral and Psychological Development) of elderly who took part of the socio-therapeutic groups of Arroio do Meio city, Rio Grande do Sul state, Brazil. The research was described as transversal, observative, descriptive, developed among individuals participating in “elderly groups”. From the sample formed by 133 elderly, “Intimacy” obtained the most expressive average (69.12 + 23.52). “Autonomy” obtained the lowest average (38.68 + 16.76) and the average

¹ Laboratório de Pesquisa de Bioética e Ética na Ciência, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Aletheia Peters Bajotto

Rua Ramiro Barcelos, 2350

HCPA, Laboratório de Pesquisa de Bioética e Ética na Ciência (LAPEBEC) Bairro Santana

90035-903 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: aletheia@bajotto.com.br

of “The psycho-moral development” was 4.4, placed in the phase of “Awareness”. The elderly from Arroio do Meio are satisfied with the ability of establishing intimate and personal relationships and with social participation in the community. They have low global score on quality of life, but are totally able of taking their own decisions.

Key words: Elderly. Quality of Life. Decision Making. Behavior.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento, seja em sua dimensão física e funcional (geriatria), seja em seus aspectos multidisciplinares (gerontologia), ocorre de forma diferenciada em cada pessoa. Na busca de uma leitura que leve em conta suas múltiplas dimensões, tais como física, mental e social, política, econômica, histórica e cultural,^{1,2} não encontramos na literatura especializada uma definição consensual acerca da velhice.

Até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo. No país, essa faixa etária é formada por 14,5 milhões de pessoas, representando 8,6% da população total do país. Esse contundente padrão estatístico de crescimento se torna mais visível quando constatamos que, numa só década, o número de idosos no Brasil cresceu 17% (em 1991, correspondia a 7,3% da população).

Além do aumento no número de idosos, também há aumento da expectativa de vida. Estima-se que em 2020, a população com mais de 60 anos no país deva chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a expectativa de vida a 70,3 anos. A diferença entre o Brasil, que é considerado um país em desenvolvimento, e os países já desenvolvidos, é que estes últimos foram gradativamente se adaptando e criando políticas que levaram em conta o crescente número de idosos.³

A estatística acima encoraja uma reflexão motivada pela preocupação com a garantia aos idosos não apenas de maior longevidade, mas de bem-estar, felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal.⁴ O foco da presente pesquisa junto aos grupos de idosos, elemento essencial do estudo, se justifica como sendo uma ferramenta em busca das situações cotidianas que possam

melhorar a qualidade de vida das pessoas que chegam à terceira idade.

O termo “Grupo socioterápico” define o espaço cuja finalidade é incentivar um resgate prazeroso de atividades sociais, em ambientes exteriores às quatro paredes em que os idosos geralmente vivem uma rotina limitada. Através da formação de um vínculo – proporcionado pela interação dentro dos grupos Socioterápicos – com os elementos do grupo que lhes dê segurança, apoio, compreensão e liberdade, resultados positivos podem ser alcançados, apontando para o desenvolvimento livre e sadio dos componentes do grupo.⁵ Durante os encontros dos grupos de idosos (ou grupos Socioterápicos), os indivíduos têm oportunidade de dividir experiências, promover eventos em um espaço onde todos buscam algo em comum: interação social entre a comunidade idosa de uma determinada região.

O presente artigo objetiva apresentar os resultados da avaliação da qualidade de vida e a capacidade de tomada de decisão em pessoas acima de 60 anos de idade, moradoras da cidade de Arroio do Meio, RS, participantes de grupos socioterápicos ou grupo de idosos. Pesquisar os domínios que contribuem para maior qualidade de vida do idoso pode oferecer uma possibilidade de desmistificar algumas falsas dicotomias, como as que colocam a saúde como determinante para a qualidade de vida nessa faixa etária ou a ideia de que o idoso é vulnerável e, por consequência, incapaz de autogovernar-se.

Uma mudança demográfica contundente como essa formula aos especialistas, às pessoas públicas e à coletividade, um dos maiores desafios sociais da história e uma expressiva demanda por estudos e análises para uma melhor definição de políticas públicas de saúde no envelhecimento. Isto porque os avanços científicos e técnicos acenam ao ser humano com a possibilidade factível do

alcançe dos 110 ou mesmo 120 anos de vida – uma expectativa que corresponderia aos limites biológicos – ainda neste século.²

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo transversal, observacional descritiva, realizada em indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. A avaliação dos pacientes foi realizada na cidade de Arroio do Meio, RS, com o conhecimento da Secretaria Municipal da Saúde e apoio do Conselho Municipal do Idoso. A aplicação dos instrumentos de avaliação foi realizada durante o encontro dos “Grupos de Idosos”, de forma autoaplicada assistida, sendo a coleta de dados realizada entre outubro e novembro de 2007 e de fevereiro a maio de 2008.

Foram utilizados dois instrumentos para avaliação dos idosos: WHOQOL-OLD e Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico-Moral. O *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos) e sua natureza multidimensional.^{6,7,8}

O Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Psicológico-Moral é composto por um conjunto de frases de fácil compreensão que enquadram os sujeitos numa das sete fases do desenvolvimento psicológico-moral.⁹ (Quadro 1)

Quadro 1 – Fases e características do desenvolvimento psicológico-moral.

Fases do desenvolvimento psicológico-moral	Pontuação	Características
1 – Pré-social	0,1 - 1	Início do desenvolvimento, ainda pré-verbal.
2 – Impulsiva	1,1 - 2	Decisões tomadas por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações.
3 – Oportunista	2,1 - 3	Supervalorização dos desejos e valorização das informações para atingi-los.
4 – Conformista	3,1 - 4	Crenças do indivíduo se sobrepõem ao seu próprio desejo e justificam as contingências impostas pelo meio.
5- Conscienzosa	4,1 - 5	Capacidade de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas ainda passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada.
6 – Autônoma	5,1 - 6	Possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma autônoma.
7 - Integrada	6,1 - 7	Possui a noção de regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da independência existente.

Fonte: Souza, 1968.³⁵

O estudo obteve aprovação do Comitê de Bioética da PUCRS (CEP 07/03799) e cumpriu com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além de atender à legislação pertinente. Todos os participantes do estudo receberam explicações claras e concisas em relação à pesquisa, procedendo à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 133 idosos, com média de 69,02 + 6,50 anos e idades entre 60 e 89 anos. Destes, 81 (60,9%) eram do sexo feminino e 52 (39,1%) do sexo masculino.

Em relação à escolaridade, 95 idosos possuem o 1º grau incompleto (71,42%), 31 idosos completaram o 1º grau (23,30%). Apenas um participante possui o 2º grau completo (0,07%), três idosos têm o 2º grau incompleto (2,25%) e três são analfabetos (2,25%). Dentre os participantes do estudo, 66 eram aposentados (49,62%), 47 agricultores (35,38%), 13 idosos classificam-se como “do lar” (9,77%), seis são domésticas (4,51%) e um idoso é motorista (0,07%).

Avaliação dos domínios do WHOQOL-OLD

Foram obtidos os escores médios e desvios padrão dos seis domínios do WHOQOL-OLD, os quais são apresentados abaixo no quadro 2. Dos 133 participantes da amostra, foi possível utilizar os dados de 132 participantes.

Quadro 2 – Escores médios e variabilidade dos seis domínios do WHOQOL-OLD em uma amostra de 132 idosos de Arroio do Meio/Brasil.

Faceta/Domínio do WHOQOL-OLD	Média	Desvio Padrão	N
Funcionamento dos Sentidos (SAB)	42,14	11,85	132
Autonomia (AUT)	38,68	16,76	132
Atividades passadas, Presentes e Futuras (PPF)	49,00	16,77	132
Participação Social (SOP)	68,93	18,06	132
Morte e Morrer (DAD)	27,88	17,24	132
Intimidade (INT)	69,12	23,52	132
Total	49,29	6,88	132

Fonte: Autora, Arroio do Meio RS, 2008.

Os valores obtidos indicam proporcionalmente a qualidade de vida - valores mais altos indicam alta qualidade de vida associada ao domínio e valores mais baixos o oposto. No domínio “Morte e Morrer”, no entanto, ocorre o inverso.

A avaliação global obtida desta amostra (49,29 + 6,88) alcançou um valor próximo ao nível médio e inferior ao obtido na amostra de idosos do RS (68,55 + 9,80).

O primeiro domínio do questionário trata do *Funcionamento dos Sentidos*. Avalia o impacto da perda do funcionamento dos sentidos (perdas na audição, visão, paladar, olfato, tato) na qualidade de vida. O valor encontrado foi 42,14 + 11,85, ficando abaixo do valor central da distribuição.

O domínio *Autonomia* avalia a independência do idoso para tomar suas próprias decisões, sentir que controla seu futuro, fazer as coisas que

gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam sua liberdade. O valor da amostra foi de 38,68 + 16,76, um *score* abaixo do nível médio.

Nas *Atividades passadas, presentes e futuras*, avaliou-se a satisfação com as realizações na vida, das oportunidades de novas realizações, reconhecimento merecido na vida, da felicidade com o que ainda se espera do futuro e com objetivos a serem alcançados. O valor obtido na amostra dos idosos de Arroio do Meio foi de 49 + 16,77 – próximo do valor central da distribuição.

O domínio *Participação Social* demonstrou a satisfação pessoal com as atividades diárias, com o uso do tempo, com o nível pessoal de atividade e com as oportunidades de participar nas atividades da comunidade. O valor obtido com a amostra foi de 68,93 + 18,06 e ficou acima do nível médio.

O domínio *Morte e Morrer* avalia as preocupações e os medos acerca da morte e do morrer. O escore foi de 27,88 + 17,24 – valor abaixo do nível médio e inferior ao obtido na amostra de idosos do RS (32,07 + 24,37).

O domínio *Intimidade* avalia a capacidade de estabelecer relacionamentos íntimos e pessoais e apresentou um valor de 69,12 + 23,52. Este se encontra acima do nível médio e semelhante ao obtido na amostra de idosos do RS (69,00 + 15,81).

Avaliações do desenvolvimento psicológico-moral da amostra

Na amostra de 133 idosos, 122 questionários encontravam-se completos e foram analisados. A fase Pré-Social, como esperado, não teve qualquer idoso ali classificado, pois não ocorre em indivíduos adultos e idosos (quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição dos 123 participantes da amostra quanto às fases de desenvolvimento psicológico-moral.

Fases do desenvolvimento Psicológico-Moral	Fase	N
Pré-social	1	-
Impulsiva	2	3,2% (4)
Oportunista	3	5,7% (7)
Conformista	4	17,9% (22)
Conscienzosa	5	38,2% (47)
Autônoma	6	32,5% (40)
Integrada	7	2,4% (3)
Total		100% (123)

Fonte: Autora, Arroio do Meio RS 2008.

Quatro participantes encontraram-se no nível 2; sete idosos encaixaram-se no nível 3; o quarto nível do desenvolvimento abrigou 22 idosos (terceiro lugar); o quinto nível (a fase Conscienzosa) teve o maior número de idosos, 47; o sexto nível contou com 40 idosos (segundo lugar) e três participantes atingiram o nível integrado.

Os dados obtidos permitem afirmar que apenas 8,9% dos idosos não apresentavam desenvolvimento psicológico-moral que permita tomar decisões no seu melhor interesse. Os demais 112 idosos, isto é, 91,2% da amostra, tinham plenas condições de decidir de forma adequada. Vale destacar que três idosos atingiram o nível integrado, considerado máximo no desenvolvimento psicológico-moral de uma pessoa.

DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados, o primeiro ponto a ser realçado é a prevalência do sexo feminino no estudo (60,9%), corroborando a literatura existente. As mulheres são a maioria da população e vivem mais do que os homens em quase todos os lugares. Este fato se reflete na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. Na Europa, em 2002, havia 678 homens para cada 1.000 mulheres com 60 anos ou mais. Em regiões menos desenvolvidas, havia 879 homens para cada 1.000 mulheres.¹⁰

As mulheres correspondem aproximadamente a dois terços da população acima de 75 anos em países como Brasil e África do Sul, tendo a vantagem da longevidade, mas sendo vítimas mais frequentes da violência doméstica e de

discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político.^{1,11}

A baixa escolaridade dos participantes da pesquisa (71,4% possuem 1º grau incompleto) também aparece em outros estudos,¹² sendo que quanto mais avançada a idade, maior será a proporção de pessoas com baixa escolaridade.¹³

O escore obtido no domínio autonomia na amostra de Arroio do Meio foi inferior aos resultados da amostra de Erechim/RS (quadro 4). Este dado aparentemente paradoxal, quando comparado ao verificado no desenvolvimento psicológico-moral, demonstra que, apesar de possuir condições para tomar decisão, de fato não exercem essa capacidade.

Quadro 4 – Comparação entre os domínios do WHOQOL-OLD, respectivamente, da amostra dos idosos de Erechim (n=670) e dos idosos de Arroio do Meio (n=132), RS.

Faceta/Domínio do WHOQOL-OLD	Média		Desvio-padrão	
Funcionamento dos Sentidos (SAB)	67,6	42,14	20,80	11,85
Autonomia (AUT)	66,4	38,68	13,14	16,76
Atividades passadas, Presentes e Futuras (PPF)	69,3	49,00	11,3	16,77
Participação Social (SOP)	72,10	68,93	10,70	18,06
Morte e Morrer (DAD)	33,00	27,88	24,40	17,24
Intimidade (INT)	69,00	69,12	16,80	23,52
Total	68,55	49,29	9,80	6,88

Fonte: Celich, Erechim RS, 2008³⁷ e dados da autora, Arroio do Meio RS, 2008.

A *autonomia pessoal*, ou seja, a habilidade de fazer escolhas livres que um ser humano exerce em sua vida, é considerada crucial para a qualidade de vida de uma pessoa de idade avançada.¹⁴ O princípio da autonomia, denominação mais comum pelo qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige aceitação que elas se autogovernem e sejam autônomas, tanto em suas escolhas quanto em seus atos.^{15,16}

O valor do *funcionamento dos sentidos* desta pesquisa indica que os idosos têm uma percepção de perda na audição, visão, paladar, olfato, tato, pois os índices obtidos foram inferiores à média e

inferiores aos obtidos em uma amostra de 670 idosos na cidade de Erechim (67,60+20,08).¹⁷

As *atividades passadas, presentes e futuras* obtiveram escore menor que da amostra dos idosos de Erechim, o que denota certa insatisfação em relação às conquistas da vida em comparação com aquilo que se anseia. A *participação social* dessa amostra obteve o segundo maior escore, juntamente com o segundo maior desvio padrão, atrás apenas de intimidade. Outros estudos vêm observando que os contatos sociais são um componente tão valioso para a boa qualidade de vida quanto a saúde.^{18,19,20}

Dentre inúmeros fatores, as pesquisas têm demonstrado grande necessidade, das pessoas desta faixa etária, de atenção e interesse das pessoas que as cercam.²¹ A participação social dos idosos em seus grupos parece ser um fator que traz atenção e a sensação de pertencimento à sociedade.

Os momentos de felicidade dos idosos estão relacionados ao contato familiar e social, à autonomia e à capacidade para trabalhar. Esse quadro constitui um conjunto de fatores que traz valor pessoal, autoestima e bem-estar, chamando atenção para o fato de que, mais uma vez, o domínio *saúde* não aparece como determinante na qualidade de vida com sucesso.^{22,23}

O “grupo Socioterápico” parece cumprir o papel de incentivar um resgate prazeroso de atividades sociais, formando um vínculo com os elementos do grupo e lhes proporcionando segurança, apoio, compreensão e liberdade.

A *morte* e o *morrer* apresentaram, juntos, os menores escores da pesquisa, o que demonstra a pouca preocupação e a coragem dos idosos quando o assunto é a morte. Na cidade, os moradores gozam de atendimento médico gratuito e de boa qualidade, o que pode explicar tal postura diante da realidade da morte. Outro aspecto a considerar, quando o assunto é morte e morrer, é a espiritualidade. Percebe-se grande adesão à religião por parte da população. Também nos grupos de Idosos, a espiritualidade se faz presente quando no início de cada encontro, a abertura é feita com uma oração, o que demonstra o grande apego à espiritualidade.

A literatura científica já demonstra interesse pela questão da religião, da fé, da espiritualidade, uma vez que estas apresentam relação com a cura de doenças e qualidade de vida da pessoa.^{19,24,25} A própria descendência alemã já traz, em seus indivíduos mais longevos, uma história de muitas perdas, guerras, e isto pode contribuir para que estes idosos com idade mais avançada não temam a morte.

O domínio *intimidade*, que investiga companheirismo e amor, apresentou o maior

escore da pesquisa, o que nos leva a concluir que os idosos de Arroio do Meio têm um envelhecimento pleno de satisfação com seus companheiros e aqueles que os rodeiam.

As estruturas familiares permitem que de três a quatro gerações da mesma família continuem vivendo sob o mesmo teto, o que afasta a possibilidade de solidão que frequentemente os idosos experimentam longe da família. As atividades de trabalho pesado são assumidas pelos filhos quando estes atingem idade para tanto. Assim, na terceira idade, o idoso já pode contar com mão de obra de filhos e netos na roça, restando ao idoso, quando necessária sua ajuda, as lidas da casa e o cuidado dos netos e bisnetos.

Uma vez que os idosos permanecem no seio familiar durante a idade avançada, afasta-se o sentimento da “síndrome do ninho vazio” (conhecido como o processo pelo qual os pais passam quando os filhos vão embora de casa).^{26,27}

CONCLUSÃO

O baixo valor do escore geral do WHOQOL-OLD encontrado na pesquisa parece não ser determinante para o impedimento da tomada de decisão, expresso por uma média alta.

O escore mais alto de todos os domínios do WHOQOL-OLD foi da intimidade, seguido pelas atividades sociais. Assim sendo, o suporte familiar e a rede social representam felicidade e satisfação para essa população. O elo que une comunidades como essa que foi alvo do estudo é muito forte e parece contribuir para que mesmo na idade mais avançada, os indivíduos sejam respeitados e sintam-se como parte da sociedade.

Saúde, primariamente vista como essencial para uma boa qualidade de vida nas idades avançadas não aparece nesta pesquisa como decisivo para a qualidade de vida dessa população. Os idosos de Arroio do Meio não apresentam escore global de qualidade de vida significativo; por outro lado, apresentam capacidade para gerir suas decisões, quando a maior parte da amostra

se encontra na fase Conscienziosa do desenvolvimento psicológico-moral. Devemos considerar as limitações deste estudo, pois estamos abordando uma população de uma região específica, e embora o número de idosos entrevistado seja significativo, não representa a totalidade de idosos daquela comunidade.

Mesmo diante de algumas limitações, na busca em proporcionar um envelhecimento ativo aos nossos indivíduos de cabelos brancos, um dos caminhos é incentivar sua participação na

sociedade – valorizando, por exemplo, os Grupos Socioterápicos. Investimentos maciços em atividades que promovam o resgate prazeroso do idoso na sociedade podem fazer a diferença, em conjunto com outros fatores, para que a terceira idade não seja vista como o final da trajetória, mas sim, um recomeço. Proporcionar o convívio do idoso no seio da família, respeitar o direito de gerir suas decisões também são pontos-chave para transformar essa revolução demográfica não em caos, mas numa conquista para a humanidade.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Veras RP, Caldas PC. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Cienc Saude Colet.* 2004;9(2):423-32.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. [Acesso em 17 out 2009]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
4. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa.* 2004;20:153-64.
5. Zimerman G. Velhice, aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000. 228p.
6. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev de Saude Publica,* 2003;37(6):793-9.
7. Power M, Schmidt S. Manual WHOQOL-OLD. In: Chachamovich E, Fleck MPA. Brasília: OMS; 2006.
8. Power M, Schmidt S. Manual WHOQOL-OLD [Acesso em 15 jun 2009]. Disponível em: <http://ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%Manual%20Portugues.pdf>
9. Goldim JR. O consentimento informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos. Tese [Doutorado em Ciências Médicas]— UFRGS; 1999.
10. Farenzema WP. Qualidade de vida em grupo de idosos de Veranópolis. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]—Universidade Pontifícia Católica; 2007.
11. Mastroeni MF, et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(2):190-201.
12. Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Geriatria e Gerontologia]—Universidade Pontifícia Católica; 2008.
13. Timm LA. Qualidade de vida no idoso e sua relação com o Locus de Controle. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Psicologia]—Universidade Pontifícia Católica ; 2006.
14. Matsui M, Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Nurs.* 2008;29(2):141-7
15. Clotet J. Bioética uma aproximação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. 112p.
16. Goldim JR. Bioética e envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 85-99.
17. Cabrero G. Participación Social de las personas mayores. Madrid: IMSERSO; 1997.
18. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu. 2008. [Acesso em 12 out 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0034-89102007000100018

19. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med.* 1995;41:1439-46.
20. Vecchia RD ,et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3):246-52.
21. Van den Boer S, Van den Berg JM. Towards a more humane care for the elderly: ethical reflection. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 1997;28(5):204-8.
22. Luz MMC, AmatuZZi MM. Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estud Psicol.* 2008;25(2):303-7
23. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med.* 2008;66(9):1939-50.
24. Saad M, Masiero D, Batistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fis.* 2001;8(3): 107-112
25. Panzini RG ,et al. Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: Fleck MP . *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 178-96.
26. Leite MT ,et al. Idosos residentes do meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enf.* 2008;17(2):250-7.
27. Liu LJ, Guo Q. Life satisfaction in a sample of empty-nest elderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res.* 2008;17(6):823-30.

Recebido: 05/10/2010

Revisado: 12/5/2011

Aprovado:23/8/2011

Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP

Postural balance and risk for falls in elderly in the city of Garça, state of São Paulo, Brazil

Natália Beghine Alves¹
Marcos Eduardo Scheicher¹

Resumo

Objetivos: Avaliar o equilíbrio postural e o risco de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Métodos:** Foram incluídos no estudo 45 idosos institucionalizados e 43 idosos não-institucionalizados. O equilíbrio e o risco de quedas foram avaliados através da Escala de Equilíbrio de Berg. A comparação do equilíbrio entre os grupos foi feita por meio do teste de Mann-Whitney. Foi avaliado o risco para queda entre as populações. Adotou-se um valor de $p \leq 0,05$ como significativo. **Resultados:** Houve diferença entre os escores da Escala de Berg nas populações estudadas ($p < 0,0001$). Os resultados mostraram que a população institucionalizada apresenta nove vezes mais risco de cair do que idosos da comunidade ($p=0,0001$). **Conclusões:** Os resultados indicam que o equilíbrio postural é menor na população institucionalizada, aumentando seu risco de cair.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento da população. Acidentes por quedas. Equilíbrio postural.

Abstract

Objectives: To evaluate the postural balance and risk of falls in institutionalized and non-institutionalized elderly. **Methods:** The study included 45 institutionalized and 43 non-institutionalized elderly. The risk of falls and balance were assessed through the Berg Balance Scale. The comparison of the balance between the groups was performed using the Mann-Whitney test. The risk of falls between populations was evaluated. We adopted a value of $p \leq 0.05$ as significant. **Results:** There was a difference between the Berg Scale scores in the populations studied ($p < 0.0001$). The results showed that the institutionalized population has 9 times more likely to fall than elderly of the community ($p=0.0001$). **Conclusions:** The results indicate that postural balance is lower in the institutionalized population, increasing their risk of falling.

Key words: Elderly. Demographic aging. Accidental falls. Postural balance.

¹ Curso de Fisioterapia, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista – Unesp, Marília, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade no nosso país, assim como em todo mundo. Com o aumento do número de idosos, ocorre uma elevação das doenças associadas ao envelhecimento, destacando-se as crônico-degenerativas.

Uma das consequências mais graves do envelhecimento são as quedas, que são reconhecidas como um importante problema de saúde pública entre os idosos, devido a frequência, morbidade e elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas.

A queda é um evento frequente e limitante na vida do idoso e é definida como um evento inesperado e não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à posição inicial que se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural e da ineficiência dos mecanismos necessários à manutenção do controle postural. Como consequência dessa ineficiência, o indivíduo se torna incapaz de corrigir os deslocamentos do corpo durante seu movimento no espaço, resultando em um desequilíbrio que pode culminar em queda.¹⁻⁵

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda. Porém, para os idosos, elas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-lo à incapacidade, injúria e morte. Seu custo social é imenso e se torna maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização.¹

Os acidentes intra e extradomiciliares são a quinta causa de morte entre os idosos e as quedas são responsáveis por 70% dessas mortes acidentais.^{4,7} A internação em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) pode ser considerada um fator de risco para quedas, já que a maioria dos idosos institucionalizados apresenta enfermidades que necessitam de atenção e cuidados especiais. Além disso, esses indivíduos tendem a viver em isolamento social e não praticam atividades físicas, debilitando ainda mais sua saúde, o que aumenta as chances de quedas.³ Um estudo realizado no sul do Brasil encontrou

alta prevalência de quedas em idosos institucionalizados.⁸

As quedas e suas consequências para as pessoas idosas no Brasil têm assumido dimensão de epidemia.⁹ Os custos para a pessoa idosa que cai e faz uma fratura são incalculáveis. E o pior, atinge toda a família, na medida em que a pessoa idosa que fratura um osso acaba hospitalizada e frequentemente é submetida a tratamento cirúrgico. Os custos para o sistema de saúde também são altos. Diante disso, os objetivos do trabalho foram avaliar e comparar o equilíbrio e o risco de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

MÉTODO

Sujeitos da amostra

Foi realizado estudo transversal. Entre os meses de julho de 2009 a março de 2010, foram selecionados 45 idosos moradores de duas instituições, o Lar dos Velhos Frederico Ozanan e o Lar São Vicente de Paulo, da cidade de Garça, SP, e 43 idosos não-institucionalizados, frequentadores de grupos de atividade física, idade acima de 65 anos ou mais, de ambos os sexos, que aceitaram espontaneamente participar da pesquisa. Todos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP-Marília, sob o protocolo nº 1038/2008.

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: ter 65 anos de idade ou mais, residir na comunidade ou em uma instituição para idosos, marcha independente. Os critérios de exclusão foram: prejuízo cognitivo, ter doenças que interferissem no equilíbrio corporal (doenças neuromusculares), problemas visuais não corrigidos e hipotensão postural.

Protocolo

A avaliação do equilíbrio e do risco de quedas dos idosos foi feita por meio da Escala de

Equilíbrio de Berg – versão brasileira, validada e adaptada para a língua portuguesa.¹⁰ Antes da aplicação do teste, as atividades que compõem a avaliação foram demonstradas pelo avaliador.

O teste é composto por 14 itens categorizados numa escala ordinal de cinco pontos (0 - incapaz de realizar e 5 - realiza com independência). O teste avalia tanto a forma como é realizado cada item, assim como o tempo em que este se realiza. Os escores totais variam entre 0 a 56 pontos, sendo que a máxima pontuação está relacionada a um melhor desempenho. Os elementos do teste são representativos de AVDs que, juntas, podem responder sobre o desempenho dos idosos nas atividades motoras, bem como o equilíbrio ao realizá-las, e também podem prever a probabilidade de ocorrência de quedas. Sujeitos com escore igual ou inferior a 45 pontos possuem risco de quedas aumentado.^{5,10-13}

Análise estatística

Os dados antropométricos foram apresentados como média \pm desvio padrão. As análises estatísticas foram realizadas pelo *Software GraphPad*

Instat, sendo que as comparações entre os grupos de idosos institucionalizados e não-institucionalizados foram feitas por meio do teste de Mann-Whitney. O risco foi calculado pelo Risco Relativo, adotando-se um valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 45 idosos institucionalizados e 43 não-institucionalizados, com média de idade de $73,3 \pm 5,2$ e $71,2 \pm 4,7$, respectivamente. Do total dos idosos institucionalizados, 27 eram do gênero masculino e 18 do gênero feminino. Dos idosos da comunidade, 14 eram homens e 29 eram mulheres.

A figura 1 mostra os valores individuais e a média dos escores da Escala de Berg para idosos institucionalizados e não-institucionalizados ($35,2 \pm 5,6$ e $42,3 \pm 4,4$).

Houve diferença estatística entre os grupos ($p < 0,0001$). Percebe-se que os idosos moradores de ILPIs tiveram um desempenho preocupante.

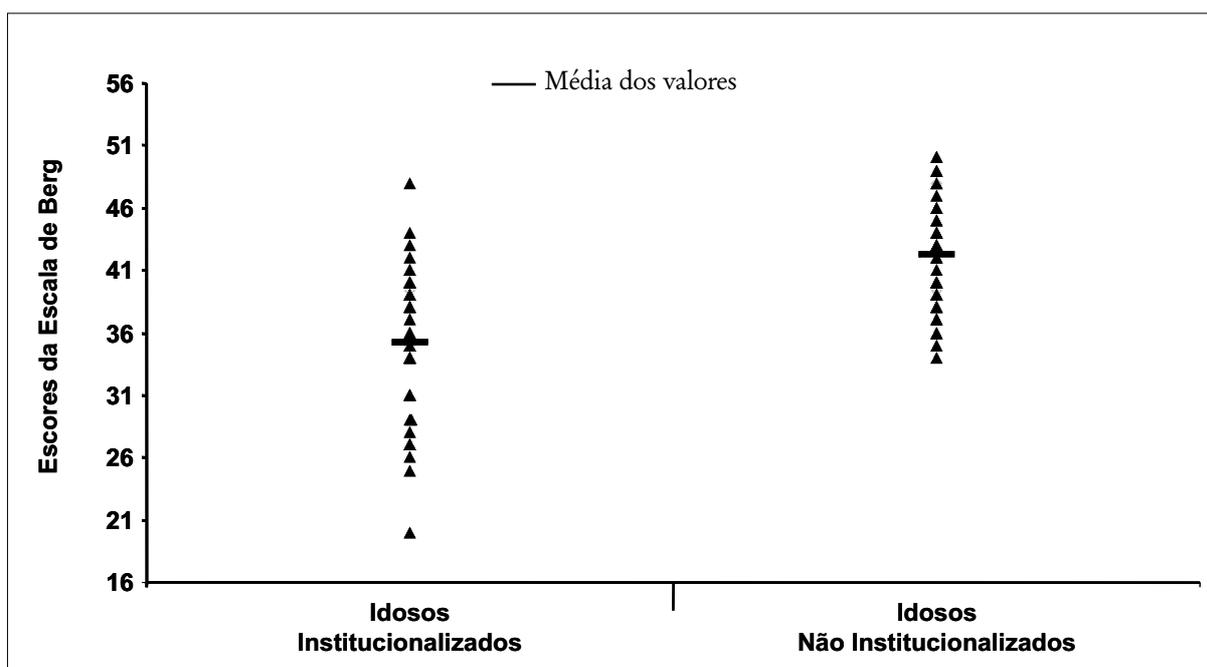


Figura 1 - valores individuais dos escores da Escala de Equilíbrio de Berg para idosos institucionalizados e não institucionalizados.

A figura 2 indica o número de indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados que apresentaram risco de quedas aumentado por meio dos escores obtidos na Escala de Berg. Observa-se que, dos 45 sujeitos institucionalizados, 44 (97,7%) obtiveram escores menor que 45 pontos, indicando

que o risco de quedas nesses idosos está aumentado.^{5,10-13} Na população não-institucionalizada, 31 idosos apresentaram pontuação igual ou menor que 45 pontos (RR = 9,0). Houve diferença estatística entre os grupos ($p < 0,0001$).

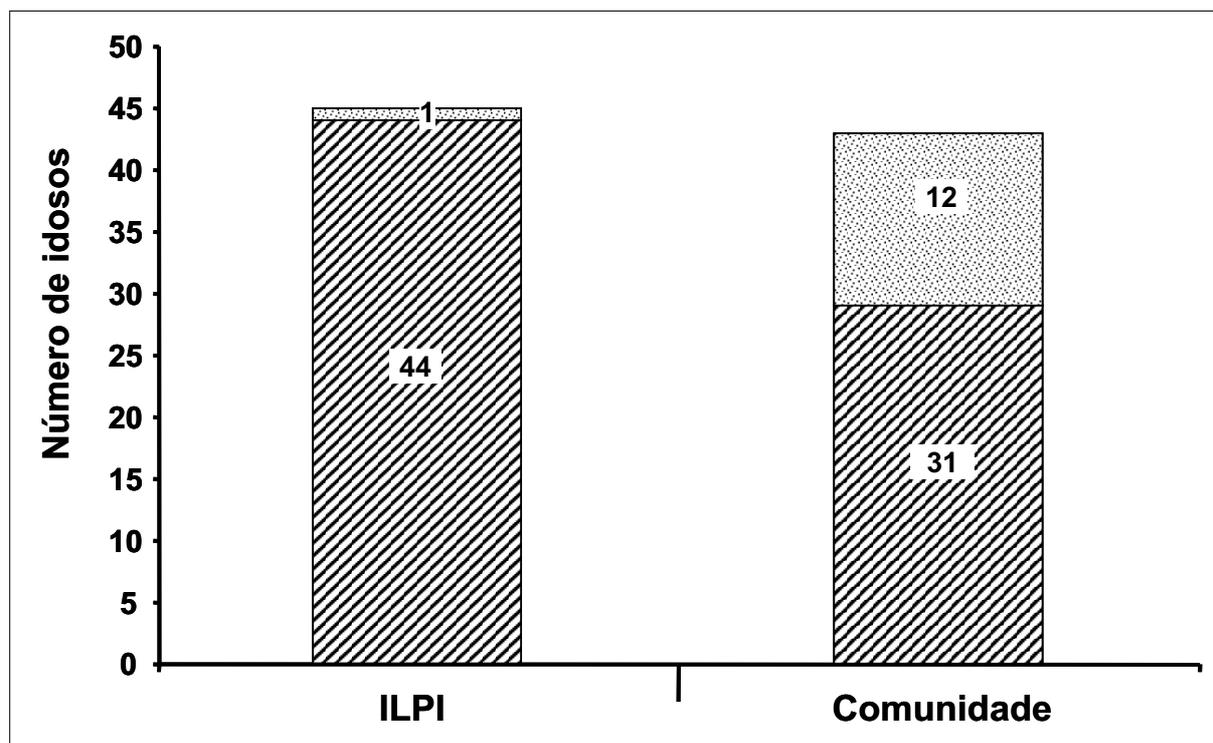


Figura 2 - Número de idosos com maior (▨) e menor (▩) risco de quedas em instituições de longa permanência para idosos - ILPIs - (n = 45) e na comunidade (n = 43). RR = 9,0; p = 0,0001.

DISCUSSÃO

Em vários países, as populações estão envelhecendo. O número de pessoas idosas cresce em ritmo maior do que o número de pessoas que nascem, acarretando um conjunto de situações que modificam a estrutura de gastos dos países em uma série de áreas importantes. No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente.¹⁴

O processo de envelhecimento está relacionado com a diminuição do equilíbrio, quedas, medo de cair, dependência, institucionalização e morte. No estudo, foi possível observar que o equilíbrio

postural foi significativamente maior nos idosos da comunidade do que nos idosos institucionalizados. O controle do equilíbrio requer a manutenção do centro de gravidade sobre a base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas. Esse processo ocorre de forma eficaz pela ação, principalmente dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial. Com o envelhecimento, esses sistemas são afetados e várias etapas do controle postural podem ser suprimidas, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, levando a um aumento da instabilidade.¹⁵

Observa-se que quase a totalidade dos indivíduos moradores de instituições obteve escores

abaixo de 45 pontos na escala de Berg, indicando risco aumentado de quedas.¹⁰ Através do cálculo do Risco Relativo, foi verificado que a população institucionalizada possui nove vezes mais chances de cair do que os indivíduos moradores da comunidade, segundo avaliação da Escala de Berg. Tem sido sugerido que idosos apresentam habilidade reduzida no controle postural, aumentando sua predisposição para a queda.¹⁶

Da mesma forma que no trabalho em questão, no estudo de Santos et al.³ foi constatado que a institucionalização representa um fator de risco para episódios de queda, já que esses idosos vivem em isolamento social e são mais inativos do que os idosos moradores da comunidade. O mesmo trabalho evidenciou que a grande maioria dos idosos residentes na instituição avaliada não realizava nenhum tipo de atividade física, o que, conseqüentemente, acelerou o processo de envelhecimento e o aparecimento de suas complicações, com perda progressiva da funcionalidade.

O estudo de Perracini & Ramos¹⁷ concluiu que o comprometimento na realização das atividades diárias ou a inatividade são fatores de risco com alto peso de evidência para quedas em idosos. Tal fato pode ser observado também no presente estudo, sobretudo na população institucionalizada.

Uma maneira de aumentar o equilíbrio postural e diminuir o risco de quedas é a prática de atividades físicas. Exercícios com ênfase em

mudanças de velocidade, amplitudes variadas, mudanças de direção e ambientes diferenciados, devem ser praticados.^{18,19}

Em relação aos idosos institucionalizados, há um agravamento da situação, pois os mesmos dispõem de poucas atividades físicas podendo agravar o ciclo vicioso de envelhecimento, menor capacidade funcional, sedentarismo, atrofia e quedas.

Pelo fato de a queda poder ser considerada um evento sentinela na vida de uma pessoa idosa e como um marcador potencial do início de um importante declínio da função ou um sintoma de uma patologia nova,⁶ torna-se extremamente importante sua avaliação tanto em idosos institucionalizados, quanto nos não-institucionalizados, para que políticas públicas sejam desenvolvidas na intenção de diminuir o risco de quedas. Tais políticas devem incluir a contratação de profissionais que trabalhem com a área, bem como o esclarecimento da população sobre o assunto.

CONCLUSÃO

Por meio da análise dos escores alcançados na Escala de Equilíbrio de Berg aplicada na população estudada, foi possível concluir que o equilíbrio de idosos institucionalizados é significativamente menor do que o de idosos não-institucionalizados. Foi possível concluir, ainda, que o risco de quedas é bem maior na população moradora em ILPIs.

REFERÊNCIAS

1. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências das quedas de idosos atendidos em um hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):93-9.
2. Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Vitorino DFM, Pereira KL, Carvalho EM. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Rev Neurocienc.* 2004; 12(2): 68-72.
3. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionadas aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2005; 29(1): 57-68.
4. Pinho L, Dias RC, Souza TR, Freire MTF, Tavares CF, Dias JMD. Avaliação isocinética da função muscular do quadril e do tornozelo em idosos que sofrem quedas. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9(1): 93-99.
5. Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas no idoso. Portal Equilíbrio e Quedas em idosos. [Acesso em 15 jan 2008]. Disponível em: <http://www.pequi.incubadora.fapesp.br>.
6. Pereira SRM, Buksman S, Perracini MR, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos, projeto diretrizes. 2001 [Acesso em 20 nov

- 2008]. Disponível em: http://www.sosvida.com.br/upload/Art_05.pdf.
7. Safons MP, Pereira MM, Rodrigues JFA. Efeitos do “Programa Melhor Idade Brasil Telecom” de condicionamento físico sobre a força dos membros inferiores de praticantes idosos. *Rev Digital* 2006 jul; 11(98).
 8. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):938-45
 9. Faria JC, Machala CC, Dias RC, Dias JMD. Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos. *Acta Fisiatr.* 2003; 10(3): 133-7.
 10. Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale. *Braz J Med Biol Res* 2004; 37(9):1411-21.
 11. Vanswearingen JM, Brach JS. Making Geriatric Assessment Work: selecting Useful Measures. *Phys Ther* 2001; 81(6): 1233-52.
 12. Ribeiro ASB, Pereira JS. Melhora do equilíbrio e redução da possibilidade de queda em idosos após os exercícios de Cawthorne e Cooksey. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005, 71(1): 38-46.
 13. Figueiredo KMOB, Lima KC, Guerra RC. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Rev Bras Cineantrop Desempenho Hum* 2007; 9(4): 408-13.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da População Brasileira. 2010. [Acesso em 21 fev 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf.
 15. Ruwer SL, Rossi AG, Simon LF. Equilíbrio no idoso. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(3):298-03.
 16. Melzer I, Benjuya N, Kaplanski J. Postural stability in the elderly: a comparison between fallers and non-fallers. *Age Ageing.* 2004;33(6):602-7.
 17. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a queda em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(6): 709-16.
 18. Goulart F, Chaves CM, Vallone MLDC, Carvalho JA, Saiki KR. O movimento de passar de sentado para de pé em idosos: implicações para o treinamento funcional. *Acta Fisiatr.* 2003;10(3):138-43.
 19. Alfieri FM, Teodori RM, Montebelo MIL. Mobilidade funcional de idosos submetidos a intervenção fisioterapêutica. *Saude Rev* 2004;6(14):45- 50. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude14art06.pdf>.

Recebido: 13/7/2011

Revisado: 27/7/2011

Aprovado: 22/8/2011

Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade

Relationship between sleep problems, functional performance and falls in community-dwelling elderly

Alexandre Alves Pereira¹
Maria Filomena Ceolim²

Resumo

Objetivo: Esta revisão objetivou sistematizar estudos que avaliam a relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. **Método:** Realizou-se revisão bibliográfica entre 21 e 30 de setembro de 2009, no idioma Inglês, com as seguintes palavras-chave: “sleep” AND “falls” AND “functional performance” AND “elderly”. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, Ageline e Scielo. Foram critérios de inclusão: artigos publicados de janeiro de 2006 a setembro de 2009; artigos completos; estudos transversais, retrospectivos, prospectivos; estudos realizados com idosos da comunidade. **Resultados:** Foram encontrados 52 estudos, dos quais foram avaliados dez que preencheram os critérios de inclusão. **Conclusões:** Os estudos mostraram que os distúrbios do sono podem piorar o desempenho funcional, além de representarem fator de risco independente para quedas em idosos.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do idoso. Acidentes por quedas. Privação do sono. Transtorno do sono. Avaliação de desempenho.

Abstract

Objective: This study aimed to systematize the studies that examined the relationship between sleep problems, functional performance and falls in community-dwelling elderly. **Methods:** We performed a literature review in English from 21 to 30 September 2009, using the key words: “sleep” AND “falls” AND “functional performance” AND “elderly”. We used the databases PubMed, Ageline and Scielo. Inclusion criteria were: articles published from January 2006 to September 2009; full texts; cross-sectional design, retrospective, prospective; studies performed with community-dwelling elderly. **Results:** We found 52 studies, of which 10 were assessed by the inclusion criteria. **Conclusions:** Studies show that sleep problems may worsen the functional performance, as well as be an independent factor for falls in community-dwelling elderly.

Key words: Aged. Health of the Elderly. Accidental Falls. Sleep Deprivation. Sleep Disorders. Employee Performance Appraisal.

¹ Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Campinas, SP, Brasil.

² Departamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Campinas, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

A carga de doenças relacionadas aos agravos não-transmissíveis tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública.¹ Nessa perspectiva, as quedas de idosos são atualmente uma das preocupações por sua frequência e por trazerem consequências negativas à qualidade de vida dessas pessoas.²⁻⁵

As quedas em idosos possuem significado muito relevante, pois podem levá-los à incapacidade, injúria e morte; seu custo social é elevado e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência, ou passa a necessitar de institucionalização.^{3,6-8}

Estudo transversal, com amostra composta por 4.003 idosos (65 anos ou mais) residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, de sete estados brasileiros, mostrou que a prevalência de quedas entre idosos foi de 34,8%, sendo significativamente maior em mulheres (40,1%); a prevalência de quedas associou-se com idade avançada, sedentarismo, autopercepção da saúde sendo ruim e referência a maior número de medicações de uso contínuo.⁹

No Brasil, em 2000, as quedas foram responsáveis por 2.030 mortes na faixa de 60 anos ou mais, ocupando o terceiro lugar na mortalidade por causas externas, tanto entre homens quanto entre mulheres. Em relação à morbidade, as quedas aumentam sua importância, ocupando o primeiro lugar nas internações. Neste mesmo ano, 48.940 pessoas foram hospitalizadas devido à ocorrência de quedas. Em relação às lesões determinadas por esses acidentes, 68,3% são fraturas, chamando a atenção as fraturas de fêmur.¹⁰

Considerando-se sua natureza etiológica múltipla, é importante compreender os fatores relacionados a quedas e traçar o perfil de ocorrência das mesmas, procurando investigar as variáveis envolvidas, uma vez que a eficácia de medidas para prevenção de quedas depende da identificação das variáveis relacionadas com risco de quedas em idosos.

Além das variáveis de saúde, de capacidade funcional e relacionadas ao contexto ambiental,^{8,11} outro fator de risco tem sido mencionado na literatura.¹² Trata-se de problemas do sono que, por sua vez, são associados às mudanças fisiológicas do envelhecimento normal, à presença de comorbidades, à depressão e ao uso de medicamentos, entre outros.¹³ Há poucos estudos avaliando a relação entre distúrbios do sono no envelhecimento e sua relação com a ocorrência de quedas em indivíduos idosos. Entretanto, vem aumentando o interesse pela compreensão do fenômeno do sono na pessoa idosa, com o intuito de melhorar a qualidade de vida desta população.¹⁴

O sono é um processo fisiológico vital. São caracterizados dois padrões fundamentais de sono: sem movimentos oculares rápidos (NREM, do inglês *Non-rapid eyes movement*) e com movimentos oculares rápidos (REM).^{15,16} O sono NREM é composto por quatro etapas em grau crescente de profundidade: os estágios I e II, superficiais, e os estágios profundos III e IV, ou sono delta. No sono NREM há relaxamento muscular comparativamente à vigília, porém é mantida alguma tonicidade basal. O sono REM ou sono paradoxal, embora seja um estágio profundo no tocante à dificuldade de despertar, o indivíduo nessa fase exibe padrão eletrencefalográfico que se assemelha à vigília, sendo este um dos seus aparentes paradoxos. Além disso, apesar da atonia muscular que acompanha este estágio, observam-se movimentos corporais fásicos e erráticos, de diversos grupamentos musculares, principalmente na face e nos membros, bem como emissão de sons. Ou seja, mesmo em meio à inibição motora, há liberação fásica de atividade muscular de localização multifocal.

Quanto à arquitetura do sono, em condições normais um indivíduo inicia o sono noturno pelo estágio I do sono NREM, após uma latência aproximada de 10 minutos. Seguindo-se uns poucos minutos no estágio I, ocorre o aprofundamento para o estágio II. Depois de 30 a 60 minutos, instala-se o sono delta. Aproximadamente 90 minutos após o início do sono, acontece o primeiro sono REM, que

costuma ter curta duração no início da noite (5 a 10 minutos), completando-se o primeiro ciclo NREM-REM. A saída do sono REM para os estágios superficiais do sono NREM pode ocorrer com intrusão de microdespertar (3 a 15 segundos de duração), sem um despertar completo do indivíduo. Desta forma, cumprem-se cerca de cinco a seis ciclos de sono NREM-REM, durante uma noite de oito horas de sono.^{15,16}

A velhice, por si só, não é causa direta de problemas relacionados ao sono,^{13,17} embora torne o idoso mais vulnerável a essas ocorrências.¹⁸ Com o envelhecimento, ocorrem mudanças quantitativas e qualitativas do sono.^{19,20} O tempo total de sono noturno diminui significativamente com o avançar da idade, porém tende a manter-se após os 65 anos.^{19,21,22} A principal mudança ocorre na arquitetura do sono, com a redução percentual do sono de ondas lentas e REM.²¹ O estágio IV não mais se registra, havendo redução do estágio III e aumento dos despertares noturnos,¹⁵ o que traz como consequência direta sua menor eficiência, principalmente na presença de comorbidades, e do uso de medicamentos para tratar essas condições.^{23,24} As principais doenças relacionadas à má qualidade do sono em idosos são: depressão, alterações de humor e ansiedade, cardiopatia, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, dor crônica, doença gastrointestinal, Alzheimer e doença de Parkinson.²⁴⁻²⁶

A insônia é a queixa de alteração do sono mais comum entre idosos.²⁶ De acordo com o DSM IV²⁷ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV*), a insônia é definida como uma queixa de insatisfação com a qualidade e quantidade do sono, composta por um ou mais dos seguintes sintomas: dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, que se caracteriza por frequentes despertares noturnos ou dificuldade em retomar o sono após despertar, despertar precoce e sono não restaurador. Essas queixas, coletivamente denominadas de problemas do sono, são acompanhadas por prejuízo no desempenho de atividades diurnas, indicado por pelo menos um dos seguintes sintomas: fadiga ou baixa energia, sonolência diurna, déficits de atenção, concentração e

memória, irritabilidade, hiperatividade e agressão, diminuição no rendimento profissional e nas relações sociais.^{28,29}

A insônia pode ser classificada como autoinduzida, secundária ou primária. Os fatores relacionados à insônia autoinduzida são estilo de vida (estresse e fatores ambientais) e interrupção abrupta ou uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool, cafeína, hipnóticos, ansiolíticos, sedativos, anfetaminas e opióides); quanto à insônia secundária, as principais relações referem-se aos distúrbios do humor (depressão, ansiedade), doenças (artrite, cardiopatia, doença de Parkinson), distúrbios respiratórios durante o sono (apneia do sono) e outros distúrbios do sono (síndrome das pernas inquietas, distúrbios do ritmo circadiano); quanto à insônia primária, ainda não foram identificados os fatores causais relacionados à sua ocorrência.²⁹ Desta forma, a insônia parece representar a queixa maior de alterações do sono, e envolve um grupo vasto de fatores causais.^{30,31} Em idosos não-institucionalizados, a dificuldade em iniciar o sono foi relatada por 15 a 45% da população; sono fragmentado, em aproximadamente 20 a 65%; despertar precoce em 15 a 54%; e cansaço após noite de sono em aproximadamente 10% da população estudada. O estudo também afirma que a prevalência de insônia é maior em mulheres do que em homens.²⁹

As consequências clínicas dos problemas do sono em idosos podem resultar frequentemente em desorientação, alteração cognitiva, retardo psicomotor e diminuição da função física, com implicações diretas nas atividades de vida diária (AVDs), risco aumentado de acidentes e traumas, pior estado de saúde e aumento do risco de morte.^{24,31} Há uma associação direta entre noites de sono de má qualidade e o desempenho funcional diurno.²⁶ Desta forma, sugere-se que a má qualidade do sono constitui fator independente de risco de queda em idosos.¹² Sendo assim, buscou-se com esta revisão sistematizar os estudos que examinaram a relação entre distúrbios do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade.

MÉTODOS

Foi realizada revisão bibliográfica entre 21 e 30 de setembro de 2009, no idioma inglês, com as seguintes palavras-chave: “sleep” AND “falls” AND “functional performance” AND “elderly”. As bases de dados PubMed, Ageline e Scielo foram consultadas, e os critérios de inclusão foram: artigos publicados de janeiro de 2006 a setembro de 2009; artigos completos; estudos transversais, retrospectivos, prospectivos; estudos realizados com idosos da comunidade.

RESULTADOS

Foram encontrados 52 estudos, dos quais foram avaliados dez, por preencherem os critérios de inclusão. Cinco estudos foram realizados nos Estados Unidos da América (EUA),³²⁻³⁶ quatro na Austrália,³⁷⁻⁴⁰ e um em Taiwan.⁴¹ O número de sujeitos nas amostras variou de 247 a 8.101 (quadro 1).

Quadro 1- Principais achados de 10 estudos publicados entre 2006 e 2009 relativos à associação entre distúrbios do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. Campinas, SP, 2009.

Autor / Ano / Local	Objetivo	Amostra	Delineamento	Resultados e conclusões
Stone et al, 2006; ³⁴ EUA	Avaliar a associação entre sono, cochilos diurnos auto-relatados e risco de queda e fraturas em idosas da comunidade	8.101 mulheres com 69 anos ou mais	Estudo Transversal	Idosas que relataram 10 horas ou mais de sono nas 24 horas e cochilos diurnos acima de 3 horas por semana apresentaram probabilidade aumentada de duas ou mais quedas (OR = 1,50 e 1,33 respectivamente)
Goldman et al, 2007; ³⁵ EUA	Avaliar a associação entre distúrbios do sono e desempenho funcional em idosas da comunidade	2.889 mulheres (83.5 ± 3,7 anos)	Estudo Transversal	As mulheres que dormiam menos de seis horas por noite apresentaram a velocidade da marcha 3,5% mais lenta do que aqueles que dormiram de 6,0 a 6,8 horas. Nas que apresentaram maior quantidade despertares noturnos após o início do sono ($\geq 1,6$ horas comparado $\leq 0,7$ horas) a velocidade da marcha foi 9,1% mais lenta, e levaram 7,6% mais tempo para realizar a tarefa de levantar e sentar cinco vezes de uma cadeira
Stone et al, 2008; ³⁶ EUA	Avaliar a associação entre a duração do sono noturno e o risco de queda em idosas da comunidade	2.978 mulheres com 70 anos ou mais	Estudo Transversal	Período de sono noturno inferior a cinco horas aumentou aproximadamente uma vez e meia a chance de queda (OR 1,52), quando comparado a duração do sono entre sete e oito horas, independente do uso de benzodiazepínicos

Quadro 1 - Principais achados de 10 estudos publicados entre 2006 e 2009 relativos à associação entre distúrbios do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. Campinas, SP, 2009. (Continuação)

Autor / Ano / Local	Objetivo	Amostra	Delineamento	Resultados e conclusões
Dam et al, 2008; ³⁷ EUA	Avaliar a associação entre qualidade do sono e desempenho físico em idosos da comunidade	2.862 homens (76,4 ± 5,5 anos)	Estudo Transversal	Despertar noturno por tempo superior a 90 minutos esteve associado com pior função física entre os idosos avaliados.
Endeshaw, 2009; ⁴² EUA	Avaliar a associação entre problemas do sono, noctúria e queda em idosos da comunidade	103 homens (76,6 ± 5,6 anos) 144 mulheres (75,1 ± 6,9 anos)	Estudo Transversal	137 participantes foram distribuídos em três grupos: os que relataram noctúria (22%); noctúria sem dificuldade de retomar o sono (55%) e os que relataram noctúria e dificuldade de voltar a dormir (23%). O último grupo relatou uma ou mais quedas nos seis meses anteriores quando comparado aos demais grupos.
Teo et al, 2006; ⁴¹ Austrália	Avaliar a associação entre distúrbios do sono, sonolência diurna, incontinência urinária e risco de queda em idosos da comunidade	782 mulheres: 75 – 86 anos	Estudo Transversal	Incontinência urinária e sonolência diurna excessiva foram fatores de risco independentes de queda (OR 1,76 e 2,05 respectivamente) após o controle estatístico de outros fatores de risco de queda (idade, uso de sedativos e uso de drogas cardiovasculares).
St George et al, 2008; ³⁸ Austrália	Avaliar a associação entre qualidade do sono, cochilos diurnos e queda em idosos da comunidade	491 mulheres e 81 homens (79,4 ± 6,4 anos)	Estudo Transversal	Participantes que relataram cochilos maiores que 30 minutos por dia e menos de 6 horas de sono por noite apresentaram três vezes mais chances de cair (OR 3,13 e 3,10 respectivamente) após ajuste por idade, gênero, uso de psicotrópicos, tipo de acomodação para dormir e estado de saúde.
Hill et al, 2007; ³² Austrália	Avaliar a associação entre distúrbios do sono e queda em idosos institucionalizados e da comunidade	150 idosos institucionalizados (81 ± 8 anos); 150 idosos da comunidade usuários da internet (70 ± 5 anos)	Estudo Transversal	Alterações do sono foram comuns nos idosos da amostra. Entre os idosos institucionalizados as quedas foram associadas à má qualidade do sono (OR 4,5) e fragmentação do sono noturno (OR 2,5).

Autor / Ano / Local	Objetivo	Amostra	Delineamento	Resultados e conclusões
				Entre os idosos da comunidade não foi encontrada associação entre uso de hipnótico, qualidade do sono e risco de queda.
Kaushik et al, 2007; ³³ Austrália	Avaliar a associação entre eficiência do sono e quedas em idosos da comunidade	1.952 participantes: 60-97 anos	Estudo Transversal	Idosos com apneia do sono apresentaram risco aumentado de queda em duas ou mais vezes (OR 2,23) quando comparados aos idosos sem apneia, após o controle das variáveis associadas à queda.
Kuo et al, 2009; ³⁹ Taiwan	Avaliar a associação entre duração do sono e quedas em idosos da comunidade	135 mulheres e 121 homens com média de idade de 72,2 anos	Estudo Transversal	Dormir menos que 5 horas por noite esteve associado a um risco aumentado de queda em mulheres (OR 2,98) quando comparadas ao grupo de mulheres que dormiam acima de cinco horas noturnas; esta associação não foi encontrada entre os homens da amostra.

OR: odds ratio.

DISCUSSÃO

O risco aumentado de queda em idosos é uma das principais consequências clínicas dos problemas do sono nessa faixa etária.²⁶ Num estudo prospectivo cujo objetivo foi avaliar a prevalência de preditores de queda em uma amostra de idosos da comunidade, com 65 anos ou mais, os distúrbios do sono foram evidenciados como fatores de risco de queda.² Semelhantemente, Ribeiro et al⁵ encontraram significativa associação entre distúrbios do sono e queda, caracterizando-os como mais um fator intrínseco de risco de queda em idosos.

Em um estudo transversal,³⁷ com 150 idosos institucionalizados e 150 idosos da comunidade, evidenciou-se que a ocorrência de quedas no primeiro grupo esteve associada à má qualidade do sono, despertar noturno, uso de diuréticos, dor e depressão. No grupo da comunidade, quedas estiveram associadas a doenças, déficit visual, uso de óculos bifocais e uso de órteses para

o auxílio da marcha. Nesta perspectiva, pesquisa realizada com uma amostra de 1.952 idosos, após o controle dos fatores de risco de queda, mostrou que aqueles que tinham diagnóstico de apneia do sono apresentavam risco duas vezes maior de cair, quando comparados aos que não apresentavam este distúrbio do sono.³⁸

Os mecanismos fisiológicos envolvidos ainda são pouco esclarecidos. Possivelmente, são multifatoriais e incluem a diminuição do equilíbrio e do tempo de reação postural, e o efeito residual dos medicamentos usados para tratar os problemas do sono, caracterizando uma situação em que tanto os problemas do sono por si só, quanto os medicamentos usados para tratá-los podem contribuir para o risco de queda.²⁶

No estudo multicêntrico SOF (*Study of Osteoporotic Fractures*),³² os pesquisadores investigaram a relação entre autorrelato de qualidade do sono e cochilos durante o dia, e a ocorrência de queda e fraturas numa amostra de

8.101 mulheres. Os achados mostraram, após ajuste multivariado, que mulheres que cochilavam durante o dia, pelo menos três horas por semana, tinham duas ou três vezes mais chances de cair e sofreram mais fraturas do que mulheres que cochilavam menos que três horas. Em relação ao tempo total de sono nas 24 horas, após ajuste por idade, os pesquisadores encontraram que as mulheres que informavam um tempo total acima de dez horas de sono tiveram duas ou mais chances de cair, quando comparadas às que informavam um tempo total de sono em torno de oito horas diárias. O mesmo grupo de pesquisadores investigou a relação entre problemas do sono e desempenho funcional, numa amostra de 2.889 mulheres com média de idade de 83.5 anos. Os resultados encontrados sugerem que mulheres que apresentaram má qualidade do sono, tiveram pior desempenho funcional nas atividades de vida diária.³³

Ainda no Estudo SOF,³⁴ em 2008, os investigadores coletaram dados de actimetria usada por cinco dias, em uma amostra de 2.978 mulheres de 70 anos ou mais (média de 84 anos); após a coleta, as idosas foram acompanhadas por um ano para relato de possíveis quedas e fraturas. Outras medidas coletadas foram: altura, peso, Índice de Massa Corpórea (IMC), força de preensão, velocidade da marcha, levantar-se de uma cadeira cinco vezes sem ajuda dos braços ou auxílio de outra pessoa, uso de medicamentos (incluindo benzodiazepínicos, antipsicóticos e antidepressivos), sintomas depressivos, ansiedade, status cognitivo, atividades instrumentais de vida diária (AIVD), atividade física, consumo de álcool, doenças diagnosticadas e sonolência diurna. Após ajuste por idade e raça, observou-se relação entre horas de sono e risco de queda, ou seja, o risco era maior para aquelas que dormiam menos de cinco horas por noite, assim como para as que dormiam mais que oito horas noturnas.

Verificou-se também relação entre insatisfação e fragmentação do sono, com o risco aumentado de queda. Ajustes multivariados mostraram que poucas horas de sono e o despertar repetitivo acima de 120 minutos por noite têm relação com risco de queda, independentemente do uso de

benzodiazepínicos, IMC ou comorbidades. Aliás, o estudo mostrou que não houve relação significativa entre uso de benzodiazepínicos e risco de quedas. Os pesquisadores sugerem, inclusive, que o período de sono curto poderia ser considerado um marcador de fragilidade entre idosos, já que tem relação com déficit de desempenho funcional e risco de queda.

O *Osteoporotic Fractures in Men Study* (MrOS)³⁵ evidenciou resultados semelhantes. Com uma amostra de 2.862 homens acima de 67 anos, avaliados através de polissonografia e actigrafia, o estudo indicou que má qualidade do sono, despertar noturno por mais de 90 minutos e eficiência do sono menor que 80% estiveram associados à menor força de preensão, menor velocidade da marcha, incapacidade de levantar-se de uma cadeira sem assistência, e inabilidade em percorrer pequenos trajetos após ajustes por idade, IMC, uso de antidepressivos, hipertensão arterial, outras comorbidades (história de pelo menos uma condição médica, incluindo doenças cardiovasculares, osteoartrite, diabetes mellitus e doença de Parkinson), escala de atividade física para idosos, e fumo. Os autores concluíram que o sono fragmentado e hipóxia durante a noite estão relacionados com redução de desempenho físico durante o dia.

No estudo conduzido por Faubel et al.,¹⁴ em comparação com as idosas que dormiam sete horas, aquelas que dormiam menos de cinco ou mais de dez horas apresentavam piores escores de qualidade de vida. Similarmente, St George et al.,³⁹ com uma amostra de 572 idosos, com média de idade de 79,9 anos, mostraram que aqueles que cochilavam mais do que 30 minutos por dia e dormiam menos que seis horas por noite tinham três vezes mais chances de cair, controlados os demais fatores de risco de queda. Da mesma forma, pesquisadores em Taiwan, com uma amostra de 256 idosos (135 mulheres e 121 homens), cujo objetivo foi avaliar a associação entre gênero, horas de sono noturno e queda em idosos, encontraram importante associação entre dormir menos que cinco horas noturnas e a ocorrência de queda, principalmente entre as mulheres.⁴¹

Outro fator que tem sido relacionado à alteração do sono, e ocorrência de queda em idosos é a noctúria.⁴² A poliúria, uma das causas de noctúria, associa-se a algumas doenças, tais como diabetes mellitus e insuficiência cardíaca congestiva; interfere diretamente na qualidade do sono e acarreta sonolência diurna, prejudicando o desempenho funcional de idosos.⁴² Pesquisadores australianos examinaram o efeito independente de autorrelato de características do sono e incontinência urinária em relação ao risco de queda, em uma amostra de 786 mulheres acima de 70 anos. Os achados revelaram que sonolência diurna excessiva esteve associada a um risco duas vezes maior de queda, após o controle de fatores de risco associados, incluindo incontinência urinária e uso de benzodiazepínicos.⁴⁰ Nesta mesma perspectiva, outro estudo mostrou que noctúria, uso de benzodiazepínicos e má qualidade do sono são fatores independentes de risco de queda em idosos; as características clínicas dos participantes do estudo com noctúria e dificuldades para voltar a dormir foram diferentes daqueles com noctúria, mas sem dificuldade para retomar o sono, sugerindo desta forma, que haveria diferentes fatores etiológicos para ambos os grupos. Os achados sugerem que muitos dos eventos relatados como noctúria podem ser precedidos por despertares noturnos não relacionados a sintomas urinários, mas a alterações primárias do sono, tais como apneia do sono ou síndrome das pernas inquietas; como as quedas relacionadas à noctúria correspondem às idas ao banheiro à noite, a ligação entre má qualidade do sono e quedas, neste caso, estaria relacionada à sonolência diurna.³⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Problemas do sono são comuns com o avançar da idade, e ocorrem em mais da metade dos

indivíduos acima dos 65 anos. Apesar da prevalência elevada, a velhice por si só não é causa de distúrbios do sono. Essas alterações comumente estão associadas à comorbidades e a piores escores de qualidade de vida.

Intervir preventivamente pressupõe a realização de investigações detalhadas e bem direcionadas. Ações preventivas baseadas em evidências claras e pontuais trazem como consequência melhor condição de vida e bem-estar da população-alvo. Neste sentido, percebe-se que ainda se destina pouca atenção a avaliação da qualidade do sono em idosos e seus possíveis desdobramentos. Por outro lado, tanto os distúrbios do sono, quanto a ocorrência de quedas comprometem a qualidade de vida dos idosos. Investigar esta interação torna-se relevante por revelar possíveis associações ainda pouco conhecidas, cuja melhor compreensão pode trazer benefícios a esta população.

Até o presente, a maioria dos estudos que investigaram a relação entre distúrbios do sono e quedas em idosos são de caráter transversal. Entretanto, a ocorrência de quedas em idosos possui natureza etiológica multifatorial, e assim os estudos prospectivos são mais refinados para determinar e explorar os fatores de risco de quedas em idosos. As amostras de conveniência não são generalizáveis; portanto, determinados resultados não podem ser aplicados a grupos específicos, como idosos institucionalizados, ou os adultos jovens.

Entretanto, mesmo diante de algumas limitações, os estudos são consistentes, de amostras consideráveis, e apontam para um cuidado especial, e a necessidade de avaliação e observação mais criteriosa da qualidade do sono do idoso, e suas possíveis consequências.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saud Pública* 2009; 43 (3): 1-7.
2. Gassmann KG, Rupperecht R, Freiburger E. Predictors for occasional and recurrent falls in community-dwelling older people. *Z Gerontol Geriat.* 2009; 42: 3-10.
3. Nogal ML. Caídas em el anciano. *Medicina Clínica* 2009; 133 (4): 147-153.
4. Gama ZAS, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saud Pública* 2008; 42(5): 946-56.
5. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúd Colet* 2008; 13 (4): 1265-1273.
6. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and ageing* 2006; 35:37-41.
7. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Júnior MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saud Pública* 2004; 38(1): 93-9.
8. Perracine MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saud Pública* 2002; 36 (6): 709-16.
9. Siqueira FV, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saud Pública* 2007; 41(5): 749-56.
10. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizume MS. Mortes e Internações por causas externas no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(1): 97-103.
11. Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev Bras Fisioter* 2007; 11 (6): 437-442.
12. Roth T. Novel outcome measures of sleep, sleep loss and insomnia. *Sleep Medicine* 2008; 9 (Suppl 1): 1-2.
13. Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16 (5): 279-286.
14. Faubel R, et al. Sleep duration and health-related quality of life among older adults: a population-based cohort in Spain. *Med Res* 2009; 32 (8): 1059-1068.
15. Fernandes RMF. O sono normal. *Med Res* 2006; 39 (2): 157-168.
16. Harrington JJ, Lee-Chiong Jr T. Sleep and older patients. *Clin Chest Med.* 2007; 28: 673-684.
17. Dregan A, Armstrong D. Age, cohort and period effects in the prevalence of sleep disturbances among older people: the impact of economic downturn. *Social Science & Medicine* 2009; 69: 1432 – 1438.
18. Wolkove N, Elkholy O, Baltzam M, Palayew M. Sleep and aging: sleep disorders commonly found in older people. *CMJA.* 2007; 176 (9): 1299-1304.
19. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminaut C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep.* 2004; 27 (7): 1255-73.
20. Xiang YT, et al. Relationships of sleep duration with sleep disturbances, basic socio-demographic factors, and BMI in Chinese people. *Sleep Medicine* 2009; 10: 1085 – 1089.
21. Ohayon MM, Vecchierine MF. Normative sleep data, cognitive function and daily living activities in older adults in the community. *Sleep* 2005; 28 (8): 981-9.
22. Frago CA, Gil TM. Sleep complaints in community-living older persons: a multifactorial geriatric syndrome. *JAGS* 2007; 55 (11): 1853-1866.
23. Ancoli-Israel S. Sleep and aging: prevalence of disturbed sleep and treatment considerations in older adults. *J Clinical Psychiatry* 2005; 66 (suppl 9): 24-30.
24. Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Med* 2009; 10: S7-S11.
25. Tsai Yun-Fang, Wong TKS, Ku Yan-Chiou. Self-care management of sleep disturbances and risk factors for poor sleep among older residents of Taiwanese nursing homes. *JCNr Care.* 2008; 1219-1226.
26. Stone KL, Ensrud KE, Ancoli-Israel S. Sleep, insomnia and falls in elderly patients. *Sleep Medicine* 2008; 1 (9): S18-S22.
27. American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .[acesso em 12 fev 2010]. Disponível em: <http://www.psych.org>

28. Edinger JD, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine work group. *Sleep Med* 2004; 27 (8): 1567-1596.
29. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med* 2002; 6 (2): 97-111.
30. Krishnan P, Hawranik P. Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Practitioners* 2008; 20: 590-599.
31. Misra S, Malow BA. Evaluation of sleep disturbances in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2008; 24: 15-26.
32. Stone KL, et al. Self-Reported sleep nap habits and risk of falls and fractures in older women: the study of osteoporotic fractures. *J American Geriatric Society* 2006; 54: 1177-1183.
33. Goldman SE, et al. Poor sleep is associated with poorer physical performance and greater functional limitations in older women. *Sleep* 2007; 30(10): 1317-1324.
34. Stone KL, et al. Actigraphy-Measured Sleep Characteristics and Risk of Falls in Older Women. *Arch Inter Med* 2008; 168 (16): 1768-1775.
35. Dam T'TL, et al. Association Between Sleep and Physical Function in Older Men: The Osteoporotic Fractures in Men Sleep Study. *JAGS* 2008; 56:1665-1673.
36. Endeshaw Y. Correlates of self-reported nocturia among community-dwelling older adults. *J Gerontol* 2009; 62A (1): 142-148.
37. Hill EL, et al. Sleep disturbances and falls in older people. *J Gerontol* 2007; 62 (1):62-66.
38. Kaushik S, Wang JJ, Mitchell P. Sleep apnea and falls in older people . *J Am Geriatric Society* 2007; 55(7):1149-50.
39. George RJ, Delbaere K, Williams P, Lord S. Sleep quality and falls in older people living in self and assisted-care villages. *Gerontol* 2009; 55: 162-168.
40. Teo JSH, et al . Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? *Australian J Physiother* 2006; 52: 19-24.
41. Kuo HK, et al. Gender-Specific association between self-reported sleep duration in high-functioning older adults. *J Gerontol* 2009; 6(2):450-9
42. Asplund R. Nocturia in relation to sleep, health, and medical treatment in the elderly. *BJU International* 2005; 96(Suppl 1): 15-21

Recebido: 20/5/2010

Revisado: 27/1/2011

Aprovado: 11/4/2011

Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham

Strategies for coping with chronic diseases: a model where everyone wins

Renato P. Veras¹

Resumo

As transformações sociais e econômicas das últimas décadas e suas consequentes alterações nos estilos de vida das sociedades contemporâneas – mudanças dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a maior expectativa de vida da população colaboraram para o aumento da incidência das doenças crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública. Doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias são as maiores responsáveis pela mortalidade no mundo. No Brasil, nas últimas décadas, as doenças crônicas não-transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura. Foco criativo deve ser dirigido ao cuidado dos idosos, que são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades. Assim, idosos passam a receber benefícios pecuniários para aderir a programas de saúde preventiva e detecção precoce de doenças. Este artigo de opinião visa a apresentar questões relativas não só à recente iniciativa da ANS, mas particularmente da UnATI/UERJ, que ao longo de 18 anos de existência vem trilhando o tema de novos modelos de cuidado. Este texto expressa o mais novo projeto da instituição, que é desenvolver um modelo de linha de cuidados integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Promoção de saúde. Saúde do idoso. Gastos em saúde. Modelos assistenciais. Manutenção da capacidade funcional. Agência Nacional de Saúde Suplementar. UnATI/UERJ.

¹ Universidade Aberta da Terceira Idade-UnATI. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência / Correspondence

Renato P. Veras
UnATI / UERJ
Universidade Aberta da Terceira Idade - Direção
Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar, Bloco F – Maracanã
20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: unativeras@gmail.com

Abstract

The social and economic transformations of recent decades and their consequent changes in the lifestyles of contemporary society – changes in eating habits, increased sedentarianism and stress – and longest life expectancy of the population contributed to the increased incidence of chronic diseases, which today are a serious health problem. Cardiovascular diseases, cancer, diabetes and respiratory diseases are the major cause of mortality worldwide. In Brazil, in recent decades, chronic non-communicable diseases have become major causes of premature death and disability. Creative focus should be directed to the care of the elderly, who are the ones who suffer the effects of their own weakness and demand more health services. The National Agency of Supplementary Health published a resolution that encourages the participation of beneficiaries in health insurance programs for active aging, with the possibility of discounts on fees. Thus, the elderly now receive cash benefits to comply with preventive health programs and early detection of diseases. This opinion paper aims to present issues relating not only to the recent initiative of the Agency, but rather to UERJ's Open University for Studies on the Elderly, which for 18 years has been approaching the theme of new health care models. This text expresses the institution's latest project, which is to develop a health care model integrating promotion and attention for the elderly's health.

Key words: Aging. Health expenditures. Health promotions. Health of the Elderly. Health care models. Maintenance of functional capacity; The National Agency of Supplementary Health, UnATI/UERJ.

A principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil são as doenças crônicas, que normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de se prever. À semelhança dos demais países ricos, as pesquisas sugerem que as condições complexas, como diabetes e depressão, irão impor uma carga ainda maior no futuro¹.

Alguns anos atrás, as doenças crônicas eram consideradas um problema de países ricos e de população idosa. Hoje sabemos que dentro de países de alta renda, os pobres, assim como os jovens e as pessoas de meia-idade, são afetados por condições crônicas. As implicações econômicas dessas doenças também são graves: elas têm impacto negativo nos salários, lucros, participação da força de trabalho e produtividade, bem como aumentam a aposentadoria precoce, causando alta rotatividade do emprego e incapacidade. Como a despesa com cuidados com as doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados.

As doenças crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, diabetes e asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Como as taxas de sobrevivência e durações têm melhorado, esse tipo de doença agora também passou a incluir muitas variedades de câncer, HIV / Aids, distúrbios psiconeurológicos (como depressão, esquizofrenia e demência) e deficiência, tais como deficiência visual e artroses. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado.

Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e equipamentos necessários, estendendo-se à assistência social. A maioria dos cuidados de saúde hoje, no entanto, ainda está estruturada em torno de episódios agudos.

Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma

questão importante por gestores e pesquisadores em todo o mundo, que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos. A Organização Mundial da Saúde^{2,3} define o gerenciamento de doenças crônicas como a “gestão contínua de condições durante um período de anos ou décadas”.

É provável que os gastos em saúde aumentem substancialmente. De fato, os cuidados em saúde tendem a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas no Brasil.⁴ Existem duas forças por trás da projeção de aumento desses gastos: a proporção crescente de idosos na população e a intensidade do uso dos serviços de saúde pelos idosos.⁵

Espera-se que três fatores também aumentem o número de idosos que necessitam de cuidados de longo prazo. Primeiro, o forte crescimento do número de pessoas muito idosas, nos próximos 30 anos, resultará em um maior número absoluto de idosos fragilizados, mesmo considerando a redução da proporção da severidade de doenças entre os idosos, devido a avanços na prevenção de doenças e melhores práticas assistenciais. Segundo, a mudança de *status* das mulheres e dos valores sociais e familiares continuará afetando a disponibilidade de apoio familiar para esses idosos. Projeções para o Brasil estimam que o número de pessoas sendo cuidadas por não-familiares (cuidadores formais) irá duplicar até 2020 e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2008.⁶ Em terceiro lugar, alguns fatores de risco que alcançavam majoritariamente o homem, sobretudo o consumo do álcool e tabaco, e do estresse no trabalho, passarão também a atingir as mulheres, quando comparados aos números atuais. Uma consequência será a redução da diferença da expectativa de vida, que atualmente no Brasil é oito anos maior para as mulheres.

A organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa. A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá, sobretudo, de esses anos a mais serem saudáveis ou de enfermidades e

dependência. A prevenção, a manutenção da saúde, independência e autonomia e o retardamento de doenças e fragilidades em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional.

Por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e usam mais os serviços de saúde; por outro, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. É por este motivo que, do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma política contemporânea de atenção à saúde do idoso. Essa política deve, assim, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível.

Há no Brasil um fato novo, em consonância com esta perspectiva de preservar a saúde e propiciar mais anos de vida saudável: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁷ publicou em agosto de 2011, no *Diário Oficial da União*, a Resolução Normativa nº 265, que incentiva a participação de usuários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades.^{8,9}

Propor que as operadoras de planos de saúde ofereçam benefícios pecuniários aos clientes que participarem de programas de prevenção de doenças e detecção precoce de enfermidades é uma iniciativa bastante oportuna. A proposta da ANS vale para todas as faixas etárias, mas tem impacto particularmente importante para a população da terceira idade, ao estimular ações de envelhecimento ativo. Atualmente, a lógica do sistema de saúde é pautada pelo ciclo de tratamento das doenças, não da prevenção. Inverter esse modelo é imperativo para assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo.

Se considerarmos os dados demográficos brasileiros, iremos verificar que o país envelhece progressivamente e de forma acelerada. Todo ano, 700 mil novos idosos são incorporados a esse segmento da pirâmide etária – a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de quatro décadas, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças que perduram anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O aumento da expectativa de vida é um fator positivo, mas precisamos ponderar que a longevidade só será de fato uma conquista se agregarmos qualidade aos anos adicionais de vida.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando oferecem um programa diferenciado, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução dos custos de doenças específicas, esquecendo que muitos pacientes possuem múltiplas patologias crônicas. Dados de um estudo americano¹⁰ mostram inclusive o fracasso de tais programas, pois são realizados numa lógica hospitalocêntrica.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos têm uma relação custo-benefício baixa, pois os idosos possuem mais de uma doença crônica, e tratar adequadamente uma doença faz apenas reduzir os índices de morbidade de tal patologia. Como são pacientes que frequentemente possuem múltiplas doenças crônicas e utilizam cuidados de diferentes especialidades médicas, fica evidente que focar apenas uma doença não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de cuidados. Se não for assim, o problema nunca será resolvido, pois as demais doenças e sua fragilidade serão mantidas; além disso, os recursos são utilizados inadequadamente.

Os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, e por esse motivo utilizam com mais frequência os serviços de saúde, mas mesmo

assim os modelos de cuidado são estruturados à semelhança do adulto jovem. Deste modo, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo.¹¹

As conquistas da ciência e da medicina e o vasto conhecimento acumulado deveriam estimular modelos de maior resolutividade e custo mais adequado. No sistema brasileiro, o peso médico-assistencial ainda é preponderante. Planos de saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços e inflacionam valores pagos por quem tem capacidade funcional preservada e está em boa forma. A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que essa nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais, em paralelo à ampliação da qualidade de vida, o que implica reorganizar os serviços de saúde.

A relação entre prestadoras e clientes de mais idade sempre foi de grande desconfiança. A política das operadoras é tentar reduzir o peso desse segmento em suas carteiras. Os idosos, por seu lado, reclamam do custo, das dificuldades de atendimento e das glosas a muitos dos exames solicitados – não existe outra relação de comércio em que vendedor e clientes têm posições tão antagônicas. Algumas operadoras talvez argumentem que programas de envelhecimento ativo poderão gerar aumento na utilização do plano de saúde; e podem também afirmar que o aumento da sinistralidade, aliado ao desconto concedido no preço e à obrigatoriedade de sua manutenção por 12 meses, seria fator decisivo para recusar a proposta da ANS.

Em relação ao aumento de sinistralidade, a prevenção e a promoção de saúde, se bem aplicadas e avaliadas, podem trazer resultados financeiros positivos no médio e longo prazos. No início da operação, aumenta-se o uso de procedimentos, mas principalmente aqueles de baixo custo. No longo prazo, porém, haverá diminuição dos procedimentos de alto custo e melhoria da saúde. O mais difícil talvez seja a mudança de cultura.

Também observamos enorme abismo entre prática e discurso sobre modelos hierarquizados

por complexidade que priorizem o cuidado integral para todos os idosos, já que eles têm patologias crônicas e múltiplas. Quando estas surgem (e oito entre dez idosos têm pelo menos uma doença crônica), muito pouco pode ser feito.¹² Doenças crônicas não regridem, resta apenas conviver com elas. Dessa forma, a ação mais adequada é evitar ou retardar seu aparecimento e desacelerar sua progressão, prolongando o período de vida ativa.

Não é mais cabível manter a lógica da doença. As empresas terão de se adaptar. Com a nova proposta, a ANS faz mais uma tentativa de induzir a lógica preventiva no setor de saúde suplementar. Desta vez, no entanto, a agência lança mecanismos de indução também para os consumidores, cuja adesão é fundamental para o sucesso das ações de prevenção.

As questões apresentadas neste artigo de opinião fazem parte não só da recente resolução da ANS, mas particularmente da UnATI/UERJ, que ao longo dos seus 18 anos de existência vem trilhando o tema de novos modelos de cuidado.¹² Este texto expressa o mais novo projeto da instituição, que é desenvolver um modelo de linha de cuidados integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso.

Pode-se considerar este modelo como uma proposta de aprofundamento de práticas preventivas, balizado pelo afã de detectar precocemente os agravos de saúde em qualquer condição funcional. Sua lógica é estruturada em níveis hierárquicos, nos quais instâncias de cuidado são oferecidas ao idoso de acordo com seu grau de necessidade. Portanto, deve haver o monitoramento constante para se oferecer o

cuidado mais adequado com implicação positiva, tanto do ponto de vista clínico como financeiro. A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele com doença crônica e em tratamento* – ou seja, a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade –, e ter ações para todos os demais é uma visão contemporânea que os gestores da área deveriam aplicar. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma. É a diminuição da capacidade funcional do idoso que o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência, ou seja, na concepção do modelo que estamos sugerindo, o fará subir para um degrau hierarquicamente mais intenso de cuidados.

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Torna-se necessário sempre frisar que, nessa hierarquização da complexidade das fragilidades e agravos, a ênfase é conferida aos níveis básicos, com vistas a ofertar condições de promover um envelhecimento ativo. Na linha de cuidados que estamos desenvolvendo em sete etapas hierarquizadas de cuidados ascendentes, é nos níveis iniciais que se concentram mais de 90% da população idosa.

* O que define a fragilidade não é a presença de uma doença, pois tal fato é esperado, mas sim a falta de cuidado qualificado para impedir a perda de sua capacidade funcional.



Entendemos esse modelo como uma proposta segundo a qual todos devem ser vencedores: o idoso, que amplia seus anos de vida com qualidade; a família, que terá um ente querido ativo e participativo; e as prestadoras de saúde, à semelhança do SUS, que evitarão internações repetidas e de alto custo.

A atualidade deste debate nos faz lembrar um recente artigo do economista norte-americano Paul Krugman¹³, intitulado “Livre para morrer: reflexão sobre a saúde dos americanos”. No texto, Krugman relata que,

durante o recente debate das prévias presidenciais do Partido Republicano nos Estados Unidos, ocorrido em setembro de 2011, Wolf Blitzer, apresentador da emissora de televisão CNN, perguntou ao deputado Ron Paul o que se deveria fazer se um homem de 30 anos, que optou por não comprar um plano de saúde, se visse de repente precisando de seis meses de terapia intensiva. Paul respondeu: “Liberdade envolve isso: assumir seu próprio risco”. Blitzer pressionou de novo, perguntando se “a sociedade deve simplesmente deixá-lo morrer?”. E a plateia explodiu em vivas e gritos de “sim!”.

O incidente acentuou algo muito estranho para nós brasileiros, país em que todos os cidadãos têm sua cobertura de saúde garantida na Constituição, além de existir o setor privado de saúde como opção suplementar. No país mais rico e poderoso do mundo, pessoas que não podem pagar o atendimento médico frequentemente ficam sem ele – e às vezes morrem em consequência disso. Na verdade, um segmento conservador da sociedade americana se dispõe a deixar que as pessoas sem seguro-saúde, mesmo que não seja por sua culpa, morram por falta de atendimento? A resposta, com base na história recente, é um sonoro “sim!”.

Este fato, ocorrido recentemente (em setembro de 2011), nos mostra algumas verdades: primeiro, que muitos consideram saúde como um produto que, com o aumento dos custos, deve ser restrito e não extensivo a todos. Esta visão, mesmo não sendo hegemônica, nos leva a um alerta. Os custos da saúde não param de crescer, mas as fontes de financiamento são finitas. Deste modo, ao pensarmos em ações de promoção e prevenção para uma sociedade que envelhece rapidamente, como é o caso do Brasil, o que está embutido nesta reflexão não é apenas o desejo de se oferecer mais anos de vida saudável à população, mas também um movimento que visa a consolidar a importância de ações eficientes que permitam ao setor Saúde, particularmente o SUS, ter condições de ofertar atendimento a todos.

Até bem pouco tempo atrás, dinheiro era algo que passava longe dos modelos de cuidado na área

da saúde; hoje, não falar de financiamento é colocar em risco todo o sistema – e o que é mais grave, compactuar com mortes de indivíduos, não por estarem doentes, mas pelo simples fato de não possuírem condições de financiar seu cuidado.

As transferências públicas no Brasil têm sido muito eficazes para reduzir a pobreza e a desigualdade, em particular para a maioria da população mais velha. No entanto, isso foi alcançado a um custo elevado. Como desejamos a manutenção e ampliação desta prosperidade, e sabemos que o envelhecimento populacional continuará a pressionar os sistemas sociais, ao defender modelos de saúde que tenham foco na prevenção e no monitoramento ao longo do curso de vida, estamos expressando que sabemos que as definições no momento atual são escolhas críticas, com consequências particularmente cruciais para os grupos vulneráveis e para a perspectiva de crescimento do país.

Esta dimensão ampla é fundamental para realçar de modo categórico que, para se tornar factível e para que haja saúde para todos com qualidade, quer no setor público, quer no privado, é necessário mudar a lógica do modelo do período progresso, quando as doenças eram agudas e a população morria cedo. O Brasil mudou, e os tempos são outros. A transição epidemiológica ocorreu e o atual padrão de doença é majoritariamente de doenças crônicas não-transmissíveis, do mesmo modo que ocorreu a transição demográfica e esta demonstra que o Brasil é um país jovem de cabelos brancos.¹⁴

REFERÊNCIAS

1. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1): 54-6.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Grupo de Doenças Não-transmissíveis e Saúde Mental. Departamento de Prevenção de Doenças Não-transmissíveis Promoção de Saúde. Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. 2001 [Acesso em 18 jan 2011].Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/destaque/Madri.doc>.
3. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
4. Banco Mundial. Population aging: is Latin America ready? Washington: The World Bank; 2011.
5. National Institute of Aging. National Institutes of Health, US Dept. Why population aging matters: a global perspective. Washington : NIA; 2007.
6. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: The World Bank; 2011.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Saúde(ANS) . Resolução nº 265, de 19 de Agosto de 2011. Suplementar. Diário Oficial da União 20 ago 2011.[Acesso em 03 out 2011].
8. Veras RP. Uma saída para a crise no setor saúde. *Rev Idec* 2011; 157: 35.
9. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Rev Ciênc Saúd Colet* 2011. [Acesso em 03 out 2011] Disponível em : http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8612.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. The high concentration of U.S. health care expenditures. Rockville AHRQ.2005; 163(19):2359-67
11. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúd Pública* 2009; 43(3): 548-54
12. Veras RP, Caldas CP. UnATI-UERJ: 10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece. Rio de Janeiro: UnATI; 2004.
13. Krugman P. Free to Die: The New York Times. 2011 [Acesso em 03 jan 2011] Disponível em: http://www.nytimes.com/2011/09/16/opinion/krugman-free-to-die.html?_r=2&hp.
14. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

Recebido: 17/10/2011

Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso

The beauty of companionship and sexuality for couples in the best age: caring for elderly couple

Késia Marques Moraes¹
Dayse Paixão e Vasconcelos²
Antonia Siomara Rodrigues da Silva³
Regina Célia Carvalho da Silva³
Luciana Maria Montenegro Santiago⁴
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas³

Resumo

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, respaldado na Fenomenologia, que teve por objetivo compreender como o casal idoso vivencia a sexualidade, vislumbrando a busca de novas perspectivas de cuidar a partir da Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Participaram do estudo três casais idosos, pertencentes ao Grupo da Terceira Idade Envelhecendo com Alegria, do bairro Padre Palhano, município de Sobral/Ceará/Brasil. O estudo foi realizado no período de maio a julho de 2004, através de uma entrevista semi-estruturada e aplicação do Teste das Oito Cores de Lüscher. Utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin. Diante da variedade de impressões obtidas na pesquisa, os resultados desvelam facetas importantes como a existência de sentimentos de amor, respeito, cumplicidade, mas também diminuição no padrão da atividade sexual, além do preconceito em relação à manifestação de carinho entre os gerontes e o fortalecimento do vínculo afetivo com o passar dos anos.

Palavras-chave: Idoso. Sexualidade. Cuidados de enfermagem. Comportamento Sexual. Afeição.

Abstract

It is a case study with a qualitative approach, supported in the Phenomenology, which aimed to understand how the elderly couple experience their sexuality, seeing the search for new perspectives of care from the Care Transpersonal Theory of Jean Watson. The study included three elderly couples, belonging to the Group of the Third Age Ageing with Joy, in Padre Palhano district, in the city of Sobral / Ceará / Brazil. The study was conducted from May to July 2004, through a semi-structured interview and application of the Test of Eight Colors of Lüscher. We used content analysis proposed by Bardin. Given the variety of

¹ Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Coletiva. Sobral, CE, Brasil.

² Instituto Exitus. Curso Técnico de Enfermagem. Sobral, CE, Brasil.

³ Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Curso de Enfermagem. Departamento Centro de Ciências da Saúde. Sobral, CE, Brasil.

⁴ Centro de Educação Tecnológico - CENTEC. Escola Estadual de Ensino Profissionalizante Dom Walfrido Teixeira Vieira. Sobral, CE, Brasil.

impressions gained in the research, the results disclose important facets such as the existence of feelings of love, respect, complicity, but also a decrease in the pattern of sexual activity, and prejudice in relation to expressions of affection between gerontes and strengthening of bonding over the years..

Key words: Elderly.
Sexuality. Nursing care.
Sexual Behavior. Affect.

INTRODUÇÃO

A assistência ao idoso vem evoluindo significativamente nas últimas décadas, principalmente devido ao aumento da expectativa de vida da população e diminuição da taxa de natalidade, o que proporcionou um aumento no número de idosos na população brasileira.

No decorrer das últimas décadas, a enfermagem despertou para o cuidado ao idoso, merecendo destaque o crescimento da enfermagem gerontológica, que tem possibilitado capacitação para o atendimento às expectativas e necessidades relacionadas com a terceira idade.¹ Torna-se imperativo que o enfermeiro compreenda o idoso nos seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, prestando, assim, uma assistência adequada. Também é indispensável que o profissional tenha conhecimento científico para discernir as alterações anatômicas e funcionais naturais do envelhecimento, das patológicas.

Junto às rugas na pele e aos cabelos brancos chegam múltiplos desafios, como as alterações fisiológicas, que tornam o organismo mais susceptível às doenças e às alterações psicológicas, que podem demandar o medo, a depressão e o isolamento social. Esse quadro geralmente dificulta a aceitação do envelhecimento e ainda é agravado pelos mitos e estereótipos relacionados à velhice.

Entre os mitos e estereótipos encontra-se o de que o idoso não mais vivencia sua sexualidade, como se o envelhecimento carregasse consigo o desinteresse pela vida e a sexualidade fosse inerente ao jovem. É importante notar que a sexualidade não se resume ao coito, com a única finalidade de procriação, ela vai muito mais além, trata-se de um misto de prazer, comunicação e amor entre duas pessoas como uma forma de conhecimento do seu corpo e do corpo do outro, fortalecendo os laços de união de um casal. Existem outras

formas do idoso vivenciar sua sexualidade, como um longo abraço, um beijo carinhoso e carícias. Estes são comportamentos que estão intimamente relacionados com a sexualidade; a intimidade e demonstração de ternura pela pessoa amada; a sensualidade presente nas várias formas de comunicação; um toque de carinho nas mãos, no rosto de quem se gosta; tocar seu corpo e descobrir que ainda existe prazer para ser explorado.²

A sexualidade é parte integrante da personalidade do ser humano. Seu desenvolvimento se completa com a satisfação das necessidades humanas básicas, como o desejo de contato, intimidade, expressão emocional, prazer, amor e carinho.³

O interesse em estudar o universo que envolve a terceira idade veio da participação no Projeto de Extensão intitulado: A Enfermagem como arte/ciência no cuidar de idosos, onde podemos conhecer um pouco do vasto mundo dessa clientela. As atividades estavam ligadas à assistência de enfermagem prestada a idosos de comunidades carentes, assistidos pelo Programa Saúde da Família (PSF).

Observando essa vontade de viver dos idosos da comunidade, vieram alguns questionamentos, tais como: O que eles consideram sexualidade?; Como eles vivenciam sua sexualidade, visto que na velhice a libido e a atividade sexual diminuem, mas não desaparecem?; Existe manifestação de carinho nesses casais idosos?; O que mudou em relação à sexualidade no decorrer do tempo de união do casal na terceira idade?.

Diante desse contexto, veio o desejo de oferecer suporte e apoio a estes idosos, durante o processo de envelhecimento para lidarem com as alterações sexuais e vivenciarem a sexualidade plenamente, de modo que essa vivência saudável contribua para melhorar a qualidade de vida do

casal idoso, visto que a enfermagem tem um importante papel nesse sentido.

A Enfermagem é uma ciência humanística, que trata do cuidado de pessoas e de experiências no campo dos conhecimentos específicos, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem tanto o estado de saúde quanto os estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas.⁴

A enfermagem tem utilizado o conhecimento emprestado de outras disciplinas, principalmente das ciências naturais e sociais, para guiar o desenvolvimento e a prática de enfermagem.⁵ A utilização de teorias emprestadas de outras ciências dá suporte aos blocos construtores, aos conceitos derivados de outras teorias, favorecendo o desenvolvimento das teorias de enfermagem, de psicologia humanística, existencial e transpessoal. Entendendo a sexualidade como um fenômeno na vida do ser humano, optou-se pela Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

Espera-se desse estudo um caminho para aproximar ainda mais a enfermagem do seu papel social, promovendo a saúde sexual no processo de envelhecimento da melhor forma possível.

O objetivo do estudo foi buscar compreender sobre como o casal idoso vivencia a sexualidade, a fim de vislumbrar novas perspectivas de cuidar, a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

MÉTODOS

A presente pesquisa constitui-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, por se tratar de um estudo em profundidade, exaustivo, radical, de uns poucos objetos, visando obter o máximo de informações que permitam o amplo conhecimento, o que seria impossível em outro tipo de pesquisa.⁶

O estudo está respaldado na Fenomenologia, através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, que afirma que nessa corrente, a

verdade é aquela experimentada e vivida existencialmente pelo sujeito que a informa e assume o fenômeno como algo que aparece à consciência, ou seja, se mostra ao pesquisador, o qual só pode ver o que aparece. Nela, o objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias para sua explicação causal, e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos.⁷

Portanto a fenomenologia é uma descrição da estrutura específica do fenômeno, sendo que sua análise vai muito além da simples análise psicológica, pois o método fenomenológico não procura as condições sob as quais o juízo é verdadeiro e sim qual o significado daquilo que se passa na consciência, quando alguém julga, sonha, afirma, vive.⁷ Devem-se descrever os fenômenos tais como se manifestam, como dados puros e simples da consciência, como significados. Sua tarefa fundamental consiste em torná-los visíveis e aparentes como tais.

A enfermagem tem como destaque na sua prática cotidiana o cuidar. Diante desse contexto, foi proposta durante o desenvolvimento do estudo, a apreciação e aplicação da Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson, baseada em pressupostos fenomenológicos existenciais, procurando compreender as pessoas a partir de suas estruturas de referência, levando especialmente em consideração sua percepção dos fenômenos.⁸

Watson propõe uma filosofia, ciência e arte de Enfermagem onde as idéias e ideais associados, formam a teoria do cuidado humano. Seu trabalho é baseado no desenvolvimento mental-espiritual do EU e do OUTRO, como também à descoberta da força interior e autocontrole através do cuidado, tudo isto proporcionado pela interação inter-transpessoal. Esta transação de cuidado humano não vem sendo feita de forma articulada, nutrida ou reconhecida como fundamental, para o processo de cuidar profissional, porque para Watson, a enfermagem tem focalizado sua atuação muito voltada à matéria e à forma.⁹

O conhecimento concebido por Watson é considerado uma filosofia de enfermagem, pois sua obra parte de uma perspectiva fenomenológica-existencial. É a única teoria de enfermagem a defender explicitamente o conceito de alma e enfatizar a dimensão espiritual da existência humana.¹⁰

Os fatores carativos são:¹⁰

1. Formação de um sistema de valores humanista-altruísta – engloba os valores do indivíduo a partir dos valores preconizados pelos pais ao longo da vida, sendo mediado através das próprias experiências pessoais.

2. Promoção de fé-esperança – é destacado como um fator essencial para os processos de cuidado e curativos. Destaca o espiritual, a alma e o espírito, com o intuito de buscar um sentido existencial e transcendental, na visão que vai além da ciência moderna.

3. Cultivo da sensibilidade ao próprio *self* e aos outros – explora o desenvolvimento dos próprios sentimentos que alguém pode, realmente, de modo sensível, interagir com os outros. A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma.

4. Estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança – abrange um modo de comunicação que estabelece harmonia e cuidado, caracterizados pela compatibilidade, empatia e calidez, havendo nas interações verdade, honestidade, abertura, sintonia e aceitação positiva do outro.

5. Promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos – os sentimentos alteram os pensamentos e o comportamento, e precisam ser considerados e permitidos em uma relação de cuidado, visto que interferem na saúde física e psicológica.

6. Utilização sistemática do método científico para resolução de problemas – visa monitorar, prever e conduzir o cuidado, imprimindo ao mesmo um enfoque científico.

7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal – proporciona às pessoas o máximo

de controle sobre sua própria saúde, oferecendo-lhe informações e alternativas. O processo de aprendizagem e ensino é focalizado, uma vez que a aprendizagem propicia o melhor caminho de individualização da informação a ser disseminada.

8. Provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual – o ambiente do cliente inclui variáveis externas e internas interdependentes, que podem ajudar o indivíduo a enfrentar alterações, na busca de desenvolver uma percepção mais exata e oferecer informações cognitivas que reforcem mecanismos de enfrentamento.

9. Assistência das necessidades humanas – as necessidades humanas são consideradas por Watson hierarquicamente, abrangendo desde necessidades de ordem inferior, superior ou de busca de crescimento. Todas as necessidades devem ser valorizadas e cada uma deve ser entendida dentro do conjunto das demais.

10. Permissão de fatores existenciais-fenomenológicos – este fator sugere um voltar-se para o próprio interior, encarando as próprias indagações existenciais, antes de conseguir ajudar a outras pessoas a enfrentar a difícil situação humana.

A pesquisa foi realizada no bairro Padre Palhano, localizado na periferia do município de Sobral/CE/Brasil. No bairro, a população é de 8.487 habitantes, onde a maioria das pessoas em idade produtiva está desempregada ou subempregada, recebendo um ou menos de um salário mínimo. O Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro – Unidade de Saúde Herbert de Sousa atende a 1.740 famílias, divididas em oito micro-áreas, prestando assistência à saúde as mesmas.¹¹

O município de Sobral, onde está localizado o bairro Padre Palhano, está situado no sertão Centro-Norte do Ceará, a 224 km de Fortaleza, capital do Estado. Sua população é predominantemente jovem, com 50% dos sobralenses concentrados na faixa etária de 0 a

17 anos, 20% entre os 7 e 14 anos. Porém, o acentuado crescimento da população idosa é fato no município de Sobral, com 13% da população composta de pessoas de 50 anos ou mais.²

Considerando os objetivos do estudo, foram convidados cinco casais integrantes do grupo de idosos promovido pelo Centro de Saúde do referido bairro para participar da pesquisa, no entanto somente três casais aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2004, através da participação ativa no Grupo da Terceira Idade *Envelhecendo com Alegria* e de visitas domiciliares aos casais idosos.

Para coleta de dados, utilizou-se como instrumento uma entrevista semi-estruturada e a aplicação do Teste das Oito Cores de Lüscher, através do qual foram registradas informações psicológicas a respeito dos sujeitos estudados, mediante suas preferências e rejeições às cores.

Aplicou-se o Teste das Oito Cores de Lüscher, criado por Haack,¹² considerado um teste simples, essencialmente não-verbal, que pode ser aplicado e interpretado com rapidez, esteticamente agradável e dá um vislumbre revelador da estrutura da personalidade.

O Painel de Oito Cores é dividido em quatro cores básicas ou “primárias psicológicas”, que compreendem o azul, verde, vermelho, amarelo e quatro cores auxiliares representadas pelas cores violeta, marrom, preto e cinza.

No Teste Integral de Lüscher há sete painéis diferentes de cores, contendo todos os setenta e três borrões coloridos, que consistem de vinte e cinco matizes e tonalidades diversas, e exigindo que se façam quarenta e três escolhas diferentes. O protocolo do teste resultante oferece um tesouro de informações sobre a estrutura psicológica consciente e inconsciente da pessoa, áreas de tensão psíquica, o estado de equilíbrio glandular e muitas outras informações fisiológicas de grande valor para o profissional que executa o teste.¹²

No entanto, para o nosso estudo, utilizamos a versão resumida do teste, conhecida como Teste Rápido ou Teste Abreviado de Lüscher, que apresenta considerável poder para salientar os aspectos importantes da personalidade e para chamar a atenção para as áreas de tensão psicológica e fisiológica onde elas existam.

No teste, a pessoa que está sendo submetida a ele (ou aplicando a si própria), escolhe as cores em ordem decrescente de preferência; a cor que ela prefere e coloca na primeira posição é, assim, aquela pela qual tem a maior simpatia; a que ela escolhe por último e coloca na oitava posição é aquela pela qual tem mais rejeição ou menor simpatia.

Uma vez interpretado o Teste das Oito Cores de Lüscher, o seu resultado compôs um padrão individual, o qual foi posteriormente, submetido à análise de conteúdo proposto por Bardin, tendo em vista os objetivos propostos para o estudo.

Para organizar os dados, estabeleceu-se o uso da Técnica de Análise Categórica. As categorias referem-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si; são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de representá-los.¹³

Finalizando a etapa da organização dos achados, partimos para o processo de análise, compreendendo, portanto, a descrição fiel de todos os encontros semanais e visitas domiciliares, interpretação das informações obtidas através do Teste das Oito Cores de Lüscher, emprego de alguns dos fatores carativos e o uso de quatro categorias abstraídas a partir dos discursos dos gerentes.¹⁴

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, e aprovado conforme Protocolo 153. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram obedecidos aos princípios estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa

envolvendo seres humanos.¹⁵ Aos casais participantes foram atribuídos nomes de personagens da mitologia grega (Dioniso e Ariadne, Hades e Perséfone, Eros e Psique), com o intuito de preservar o anonimato.

RESULTADOS

Nesta etapa, cada casal foi caracterizado, e em seguida, foi apresentada uma síntese do resultado do Teste das Oito Cores de Lüscher. Finalmente, percorreram-se as informações obtidas acerca dos questionamentos sobre sexualidade organizada em categorias, abstraída a partir de seus discursos.

Nove foram os encontros semanais vivenciados no período de maio a julho de 2004. Concomitante aos encontros semanais foi realizada visitas domiciliares aos casais do grupo, por serem estes os atores sociais do estudo.

Conhecendo os casais idosos

O grande e compreensivo amor de Dioniso e Ariadne

Ariadne tem 64 anos, estudou até a primeira série do ensino fundamental, é católica, ajudou o marido no roçado, mas hoje é dona-de-casa. Participa do grupo assiduamente há quatro anos.

Dioniso tem 66 anos, estudou até a segunda série do ensino fundamental, é católico, trabalhou como agricultor, *métre* no Rio de Janeiro e hoje é vigilante de um CSF no município de Sobral/CE. É aposentado, agricultor e nas horas vagas exerce a função de fotógrafo. Participa do grupo esporadicamente há três anos.

O casal mora em casa própria com uma filha e duas netas e são casados há 44 anos e têm oito filhos.

No início da coleta de dados, achávamos que Dioniso não queria participar do estudo, pois sempre que chegávamos à sua casa, tinha algo a fazer. Após várias tentativas conseguimos falar com ele.

Dioniso se considera um homem sadio e realizado. É muito vaidoso. Morou muito tempo nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. No Rio de Janeiro trabalhou em restaurantes. Passou um mês “lavando pratos”, até que passou a ser cozinheiro e depois *métre* num restaurante em Copacabana. Disse que conheceu várias pessoas famosas e até recebeu convites para morar na França e Espanha. Seus olhos brilhavam ao falar de suas lembranças, mas seu sonho era voltar pro seio da família.

A esse casal foi realizada quatro visitas domiciliares, sendo que o Teste das Cores foi realizado separadamente. Na primeira visita realizamos o teste com Ariadne que mostrou muita curiosidade a respeito da “brincadeira”, esclarecemos que era um teste psicológico que fazia parte da pesquisa. Ela mostrou preferência pela cor verde. Com Dioniso o teste foi realizado na terceira visita, ele ficou confuso para escolher as cores e não mostrou muita curiosidade em relação ao método.

Em alguns momentos percebeu-se a timidez de Ariadne diante dos questionamentos sobre sexualidade. Ela relaciona a diminuição da libido à cirurgia realizada (histerectomia). Foi esclarecido que não havia essa relação, que o desejo está no íntimo de cada pessoa, independente do procedimento cirúrgico o qual a pessoa for submetida. Porém, Dioniso se sentiu muito a vontade e expressou quando falamos de carinho, pois é muito carinhoso e Ariadne não lhe retribui com a mesma intensidade. Foi observado também o respeito à privacidade deles, visto que os questionamentos foram realizados separadamente sem que nós solicitássemos.

O amor fraterno de Hades e Perséfone

Perséfone tem 64 anos, só estudou a alfabetização, é católica e hoje é dona-de-casa, mas já foi agricultora.

Hades tem 64 anos, só assina o nome, é católico, foi agricultor e pedreiro, hoje é vigilante de um CSF neste município.

O casal teve quatro filhos, mora em casa própria com um filho e uma neta e são casados há 43 anos.

O Teste das Cores foi realizado com Hades na segunda visita domiciliária, ele disse que não via muita diferença entre as cores e que as pessoas são muito inteligentes por descobrirem como os outros são através de cartões coloridos. Mostrou preferência pelo amarelo. O teste com Perséfone foi feito na terceira visita, ela não demonstrou preferência por nenhuma cor específica.

Hades falou que adora “estar em sociedade”, ou seja, gosta de participar de todos os eventos do seu bairro. É fiscal da Unidade Produtiva São Paulo e do Conselho Local de Saúde (CLS). Foi fiscal da delegacia do bairro (Conselho Local de Segurança), mas devido às doenças que tem, não se compromete mais com muita coisa. Moram no bairro há 14 anos e ele sempre procura participar de todos os eventos da comunidade. Faz muitos planos para o futuro, tanto que mostrou um terreno ao lado de sua casa, onde pretende construir outra.

Assim como aconteceu com o primeiro casal, foram realizados os questionamentos individualmente para que eles ficassem mais a vontade. Perséfone tem uma dedicação única para com Hades e eles vivem o amor de uma forma fraternal, simples, porém, verdadeira.

O afeto duradouro de Eros e Psique

Psique tem 66 anos, é analfabeta, católica, aposentada e já foi agricultora. Participa do grupo há seis anos, há mais tempo que seu esposo.

Eros tem 72 anos, é analfabeto, católico, aposentado, vende carvão e já foi agricultor. Participa do grupo há cinco anos, mas às vezes tem vontade de sair do grupo porque praticamente só tem mulher. Ele é o homem mais assíduo, mas quando pensa que se não for para o grupo vai ficar em casa sem fazer nada, desiste da idéia. Disse também que adora dançar, apesar da perna “defeituosa”, consequência do reumatismo.

Eles moram com dois filhos em casa própria, tiveram 13 filhos, mas somente nove são vivos. São casados há 49 anos.

Diferente dos outros casais, o Teste das Cores foi realizado na primeira visita domiciliária e com os dois. Foi percebida a forma carinhosa como eles se tratavam: *nego e nega*. Primeiro fiz com Psique, que adorou todas as cores. Eros perguntou para que serviam aquelas cartas coloridas. Foi esclarecido que era um teste psicológico que mostrava como a pessoa era a partir da escolha das cores. Então, ele fez sua seqüência de cores, demonstrando preferência pelo verde e aversão ao marrom.

A presença de muitas pessoas dentro da casa atrapalhou o desenrolar da entrevista, visto que Eros é muito introvertido. Evitou-se tocar no assunto do estudo, aos poucos eles foram saindo da sala, até que nos deixaram a sós com o casal e uma neta deles, para que assim pudéssemos iniciar os questionamentos.

Realizou-se uma nova visita ao casal e mais uma vez a casa estava cheia. Conversamos pouco. Ao retornar ao domicílio do casal para agradecer pela contribuição no estudo, eles nos abraçaram e se dispuseram a ajudar no que fosse necessário.

A vida e a sexualidade na Terceira Idade

Retrataram-se em forma de categorias as respostas abstraídas a partir dos questionamentos relacionados à sexualidade dos casais idosos.

O significado da sexualidade para quem vivencia a Terceira Idade

A primeira categoria enfoca a percepção do idoso sobre sua própria sexualidade. As pessoas entrevistadas demonstraram em seus discursos diferentes maneiras de compreender a sexualidade. A percepção de sentimentos é revelada, quando alguns dos entrevistados a definem como amor, respeito, compreensão, amizade e união. Pode-se confirmar o exposto através de suas falas:

“Eu nem sei... É amor, amizade, querer bem. Muitas pessoas dizem que para ser feliz no casamento tem que ter sexo. A gente tem uma relação sexual por semana, mas porque ele quer. Homem é homem. Parece que quando a gente vai ficando velha, o fogo se apaga.

Eu não gosto muito não, faço mais porque ele quer.”
(Ariadne)

“Eu nem sei bem o que é isso, eu não sei não... é muito bom. A união do casal e a paz dentro de casa é muito bom. Somos unidos, mas nos desentendemos porque ele é muito teimoso. Deve ser de tanto remédio que ele toma.” (Perséfone)

“Não sei lhe dizer. Não sei falar direito. Sexualidade pra mim é respeito e amor.” (Eros)

Ariadne, Perséfone e Eros tiveram dificuldade para expressarem-se ao serem abordados sobre a temática. Pode-se observar nos relatos a diversidade de definições para sexualidade nos gerontes entrevistados. O aparecimento da sexualidade nos humanos faz aparecer o amor como relação de liberdade, gratuidade e mútua doação entre os parceiros. A sexualidade-amor é a força mais poderosa de modelagem das existências e de geração de sentido para a vida que historicamente conhecemos.¹⁶

Entretanto, verificou-se o estigma que o idoso carrega da sociedade em não viver sua sexualidade plenamente nesse período da vida na fala de Ariadne. O Teste das Cores confirma o comportamento de Ariadne, visto que em um dos resultados do teste é focado que ela está sob considerável tensão devido às exigências da situação presente.

Durante a terceira idade a frequência dos episódios de desejo se torna mais espaçada, independentemente do parceiro. Portanto, os homens têm uma mudança de padrão de resposta sexual, mas para quem vive essas mudanças, o sexo continua sendo tão satisfatório quanto era na adolescência. Para as mulheres também o sexo é tão prazeroso quanto era na juventude, embora a excitação seja mais lenta e o orgasmo possa ser acompanhado de um desconforto.^{17,18}

Na sociedade brasileira, a definição de sexualidade feminina é, ainda, tradicionalmente referida à condição biológica e associada à esfera familiar da reprodução e, portanto, à maternidade; a da sexualidade masculina tem sua identidade assentada nas atividades da esfera

pública, concentradora dos valores culturais e materiais, o que faz do homem o provedor e o protetor da família, legitimada, pois, no binômio reprodutor-trabalho.¹⁸

Os fatores de cuidado 1 e 5 falam sobre valores da pessoa a partir dos valores ensinados pelos pais ao longo da vida de cada ser, pois estão associados à formação de um sistema de valores humanista-altruísta, e a promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos, que enfoca que os sentimentos necessitam ser considerados e permitidos em relação de cuidado.¹⁴

Mudanças ocorridas na união dos casais na Terceira Idade

Quando indagadas acerca das mudanças ocorridas na união dos casais na terceira idade, percebeu-se que alguns casais, como Perséfone e Eros apontaram a existência de mudanças na relação conjugal com o passar dos anos, principalmente na esfera sexual.

Além disso, percebeu-se a presença de significados diferentes sobre a atividade sexual entre o gênero masculino e feminino, conforme as falas.

“Não mudou muito não. O que mudou é que ele era muito de brincadeira, gostava de sair pra beber. Que eu saiba, ele nunca teve outra mulher. Não namoramos mais. Acho que é por causa de tanta doença que [Hades] tem. Ele não tem mais sensação, mas ainda tem vontade. Acho que se ele fosse bom de saúde ele era como um homem normal. Não sinto falta, nunca gostei dessas coisas. Quando a gente era novo era tudo diferente. Mas é bom porque eu não tenho vontade e ele não pode. Já pensou se fosse um quente e o outro frio? Não ia dar certo (risos)” (Perséfone)

“Se eu falar que não mudou vou estar mentindo. Não gosto de contar vantagem. Quando se é mais novo tudo é mais e quando passa a ser velho, tudo diminui. Diminui a força...o fôlego...a coragem, tudo, você entendeu né? Bastava eu chegar perto que ela não negava. Hoje é diferente.” (Eros)

Podemos identificar uma visão diferente para a sexualidade no discurso de Dioniso, onde ele menciona que a sexualidade não é somente o ato

sexual, fazendo uma relação entre fidelidade e traição.

“A coisa mais importante na minha vida é a [Ariadne]. Sexualidade não é só sexo, é amor, respeito e compreensão. Posso até já ter tido outras, mas nunca mulher nenhuma vai tomar o lugar dela. Ela é a pessoa que eu mais adoro no mundo.”
(Dioniso)

As reminiscências estão presentes em alguns discursos, onde os entrevistados fazem uma comparação do passado com o presente. Na fala de Dioniso verificou-se que este aponta a diminuição do desejo sexual de Ariadne como uma mudança significativa no relacionamento do casal.

Acima dos 65 anos, diminui no homem a capacidade de desenvolver uma ereção total do pênis, o tempo necessário para a ejaculação e a quantidade de sêmen ejaculado. Nas mulheres podem ocorrer algumas modificações no trato urogenital após a menopausa.¹⁹

As transformações fisiológicas citadas acima, implicam, também, em transformações na beleza e na forma do corpo. Há também um marcante declínio na atividade sexual entre os idosos. Enquanto a maioria dos casais entre 60 e 74 anos é sexualmente ativa, apenas um quarto daqueles com mais de 75 anos relatam o coito conjugal. Ocorre alguma masturbação, particularmente entre os viúvos. As mudanças nas taxas de atividade refletem tanto fatores psicológicos como mudanças fisiológicas definitivas.¹⁹

Na velhice, há maior predisposição às doenças e à incapacidade. As doenças mais frequentes são as cardiovasculares e os distúrbios que comprometem o aparelho musculoesquelético. Uma enfermidade ou doença pode incapacitar um dos parceiros sexuais. Geralmente o homem desenvolve moléstias mais graves primeiro, deixando a mulher sem parceiro sexual.²⁰

Se um dos parceiros adoce, o outro reage com preocupação, mas se a doença torna-se crônica, o parceiro saudável pode se surpreender ao perceber que está irritado com o doente. Isso é um reflexo

do medo de perder o parceiro; também pode ser a exaustão por trabalho ou um ressentimento por perder coisas divertidas.²¹

Hades e Psique não apontaram muitas mudanças, o tempo consolidou a união do casal e a amizade predominou no relacionamento. Isto é notável em seus depoimentos:

“Ficamos mais amigos. Não mudou muita coisa não. A gente não briga, é unido. A gente não tem mais nada.” (Hades)

“Não mudou muito nada não. A gente continua carinhoso do mesmo jeito.” (Psique)

Os achados do Teste das Cores corroboram a resposta de Hades, onde diz que ele precisa de uma vida pessoal de compreensão mútua e de estar livre de discórdia. O mesmo ocorre com Psique, onde o teste diz que esta é uma pessoa dócil, adaptável e tem altas exigências emocionais.

Diante dessa situação, comprovou-se que o fator de cuidado 4 é de suma importância, pois estabelecemos uma relação de ajuda-confiança, gerando harmonia e cuidado.¹⁴

O sucesso conjugal na velhice está ligado à intimidade, à companhia e à capacidade de expressar sentimentos verdadeiros um para o outro, numa atmosfera de segurança, carinho e reciprocidade. A continuidade da atividade sexual na terceira idade está ligada à intimidade, sendo improvável que uma ocorra sem a outra.²¹

Diante dessa categoria, pensou-se na importância do fator de cuidado 3 que fala do cultivo da sensibilidade ao próprio *self* e ao das demais pessoas. Esse fator explora o desenvolvimento dos próprios sentimentos que alguém pode interagir com os outros de modo sensível.¹⁴

Vivência da sexualidade pelos casais idosos

Ao serem questionados a respeito da vivência da sexualidade do casal, verificou-se que Dioniso, Hades, Perséfone, Psique e Eros deram ênfase nas suas respostas às relações sexuais.

“Nós temos de duas a três relações sexuais por semana, mas ela não gosta muito. Ela nunca foi uma mulher quente, de me chamar, de me procurar, sempre sou eu e ela não nega. Ela às vezes reclama do meu jeito. Nunca brigamos, já tivemos divergências, mas ela sempre tinha razão. Nunca passamos um dia sem se falar.” (Dioniso)

“Era um homem completo, mas não tenho mais aquele gás. Minha mulher nunca foi uma mulher quente. Quando era novo tinha muito gás e ela sempre me satisfazia, mas hoje por causa de tanta doença é bem diferente. Não tenho mais relação, tenho sensação, vontade, mas não faço mais não. Não tenho...como chama?...o santo não ajuda mais a subir (risos) Tem 14 anos que sou doente e faz 10 anos que não tem mais sexo entre a gente. Ela sofreu muito nos partos. Resolvi poupar ela. Não sou chateado por isso, tudo é da natureza de Deus e eu consigo viver sem isso. Para um homem que toma 20 comprimidos por dia é muito difícil.” (Hades)

“A gente vive muito unido, não briga, um escuta o outro. Dormimos na mesma cama, mas não acontece nada, nem abraço.” (Perséfone)

“Não entendi a pergunta...(risos) Vixe minha filha, é muito diferente (risos). Às vezes ele vem aí eu invento uma dor na perna pra não continuar e ele acaba desistindo e dorme.” (Psique)

“Antes era muito bom. Temos duas, três ou quatro relações...por mês, eu não aguento mais não (risos) Mesmo sem sexo vivemos o nosso amor, nunca brigamos.” (Eros)

“Nós conversamos muito, somos unidos. O amor e o bem querer é o mesmo.” (Ariadne)

O teste das cores valida as afirmações de Eros, onde afirma que aquele é sensível, necessita de ambientes estéticos ou de cônjuge igualmente sensível e compreensivo, com quem possa compartilhar de uma intimidade aconchegante. O mesmo acontece com Dioniso, onde o teste revela que ele é capaz de sentir satisfação física na atividade sexual, mas tende a manter-se emocionalmente distante.

Muito do que a pessoa experimenta durante o envelhecimento é marcado por regras sociais nem sempre atualizadas ou satisfatórias, que a

impedem de realizar aquilo de que é capaz. Algumas são tão disseminadas que são difíceis de esquecer, e muitos idosos terminam por aceitá-las e comportam-se de acordo com o esperado.²⁰

A aceitação do fato que há vida sexual ativa nos anos finais da vida é muito recente. Durante muito tempo admitiu-se que, com o correr dos anos, a vida sexual era praticamente impossível, talvez imoral e inquestionavelmente absurda.²²

As mulheres são mais centradas na teia das relações pessoais, entregues ao cuidado da vida. Nas relações sexuais, a mulher procura antes a fusão que o prazer, mais o carinho que o intercuro sexual. Na sua grande maioria precisa amar para fazer sexo, por não dissociar amor de sexo. O homem, por sua vez, dissocia facilmente amor de sexo, busca antes o prazer que o encontro profundo.¹⁶

A sexualidade não tem o mesmo grau de importância para todos os sujeitos. Mais do que um recurso explicativo baseado em diferenças psicológicas, essa variação é efeito de processos sociais que se originam no valor que a sexualidade ocupa em determinados nichos sociais e nos roteiros específicos de socialização com que as pessoas se deparam.²³

Destacou-se que o fator de cuidado número 3 com o cultivo da sensibilidade ao próprio *self* e aos outros que explora a necessidade de a enfermeira começar a sentir uma emoção, quando ela se faz presente e quando as enfermeiras lutam para aumentar sua própria sensibilidade, elas se tornam mais autênticas. Essa categoria se encaixa no fator de cuidado 7, que exalta a promoção do ensino-aprendizagem, proporcionando às pessoas o máximo de controle sobre sua própria saúde, já que elas próprias oferecem informações e alternativas.¹⁴

DISCUSSÃO

A concretização deste estudo nos possibilitou buscar compreender sobre como o casal idoso vivencia a sexualidade, a fim de vislumbrar novas

perspectivas de cuidar, a partir da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

Notamos uma heterogeneidade de respostas às indagações relacionadas à compreensão da sexualidade, que foi revelada através de sentimentos como amor, respeito, carinho, união, amizade ou algo que vai além do ato sexual.

Nessa pesquisa, constatou-se ao falar das mudanças ocorridas na união dos casais na terceira idade uma comparação do passado em relação ao presente. Foram enfocados o vínculo afetivo, que se fortaleceu com o passar dos anos e a continuidade da atividade sexual.

Observou-se, no decorrer do estudo, ao serem questionados sobre a vivência da sexualidade, que a maioria mencionou a diminuição no padrão da atividade sexual devido à idade, patologias, uso de medicamentos ou mesmo à diminuição do desejo, embora também tenha se manifestado a permanência do amor e da união em uma relação duradoura mesmo com a ausência do ato sexual.

Detectou-se que a manifestação de carinho permaneceu na maioria dos entrevistados, apesar

de alguns não exercerem a atividade sexual por considerarem que isso é impróprio para eles.

A relevância desta pesquisa mostra-se à medida que desvela as mudanças que ocorrem na sexualidade no mundo dos idosos. É importante que os profissionais de saúde possam cuidar dos idosos, considerando as questões relacionadas à sexualidade.

Dessa forma, teremos profissionais de saúde sensibilizados com a assistência à saúde sexual do casal idoso, o que possibilitará uma prática de cuidados livre de julgamentos e preconceitos.

CONCLUSÃO

Espera-se com esta pesquisa não se esgote por aqui e que outras pessoas interessadas pelo estudo desse segmento populacional possam dar continuidade à discussão dessa temática. Essa pesquisa finaliza-se com o desejo de que possa contribuir da melhor forma possível para a produção do conhecimento na área da enfermagem gerontológica e que venha melhorar o cotidiano das pessoas que vivem a terceira idade.

REFERÊNCIAS

1. Almeida DT, Leitão GCM, Silva LF. Práticas terapêuticas em idosos com osteoporose: um campo para a educação em saúde. *Text Context Enferm* 2003; 2 (02):174-181.
2. Prefeitura Municipal de Sobral (Brasil). *Caderneta do Envelhecimento Saudável*. Sobral: Prefeitura Municipal de Sobral; 2002.
3. Secretaria de Saúde (Brasil). *Saúde Reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)*. 2.ed. Fortaleza: SESA; 2002.
4. Lima MJ . *A Mulher acometida de acidente vascular cerebral: cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. Fortaleza. *Dissertação [Mestrado em enfermagem clínico-Cirúrgica]*— Universidade Federal do Ceará; 2003.
5. Zagonel IPS. *Epistemologia do cuidado humano: arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson*. *Text e Context Enferm* 1996;5(1): 64-81.
6. Alves M. *Como escrever teses e monografias: um roteiro passo a passo*. Rio de Janeiro: Campus; 2003.
7. Leopardi MT. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pellotti; 2001.
8. Moreira RVO, Barreto JAE. *A outra Margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano*. Fortaleza: Casa José de Alencar ; 2001.
9. Watson J . *A Mulher acometida de acidente vascular cerebral: cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. *Dissertação [Mestrado em enfermagem clínico-cirúrgica]*— Universidade Federal do Ceará; 2003.
10. Sarter B . *A Mulher acometida de Acidente Vascular Cerebral: cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. Fortaleza .*Dissertação [Mestrado em Enfermagem clínico-Cirúrgica]*— Universidade Federal do Ceará; 2003.

11. Mendes VO . Repercussões da Hanseníase no Cotidiano de Pessoas e de seus familiares. Sobral. Monografia[Especialização Residência em Saúde da Família]—Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2003.
12. Haack AW. O Teste das oito cores de Lüscher. Rio de Janeiro: Renes; 1969.
13. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
14. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boston: Little; 1979.
15. Conselho Nacional de Saúde(Brasil). Resolução n 196 de, 15 nov 1996. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. ; Diário Oficial da união 17 abr 1997.
16. Muraro RM, Boff L. Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante; 2002.
17. Vitiello N. O exercício da sexualidade. Atualidade em Geriatria 1997; 10(2).
18. Galvão L, Díaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 1999. p.180-197.
19. Zago AV, Silva AS. Dançando com a terceira idade. A Terceira Idade 2003; 14 (28): 44-53.
20. Neri AL, Freire SA. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus; 2000.
21. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
22. Buttler RN, Lewis MI. Sexo e amor na terceira idade. A Terceira Idade 2003; 14(28)
23. Heilborn ML. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor ;1999. p.40.

Recebido: 26/8/2010

Revisado: 22/7/2011

Aprovado: 24/8/2011

Nutren® Senior

Desenvolvido para quem já passou dos 50 anos e ainda tem muito o que aproveitar.

A ação sinérgica
**de proteína,
cálcio e vitamina D:**¹⁻⁵

- fortalece o músculo e a saúde óssea
- restaura a força e a energia
- auxilia no bom estado nutricional



Cada porção de
Nutren® Senior pó
(55 g) oferece:

480 mg
cálcio

20 g
proteína

440 UI
vitamina D*

* 440 UI equivalem a 11 µg de vitamina D

Conheça também o Nutren® Senior chocolate pronto para beber!

Referências bibliográficas: 1. Bauer J, Biolo G, Cederholm T et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. JAMA 2013;14:542-559 2. Verbrugge FH, Gelen E, Milisen K et al. Who should receive calcium and vitamina D supplementation. Age and Ageing 2012;0:1-5 3. Montgomery SC, Streit SM, Beebe L et al. Micronutrient needs of the elderly. Nutr Clin Pract 2014;29:435 4. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz, Rio Claro 2010;16:1024-1032 5. Paddon-Jones D et al. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: Protein, amino acid metabolism and therapy Curr Opin Clin Nutr Metab Care. January 2009 ; 12: 86-90.

