



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 9 Número 1 jan.-abr./2006

ISSN 1809-9823

UnATI
UERJ



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 9 . Número 1 . janeiro-abril/2006 . 140 p.

Editor / Editor

Shirley Donizete Prado

Editores Associados / Associated Editors

Renato Peixoto Veras

Célia Pereira Caldas

Editor Executivo / Executive Editor

Conceição Ramos de Abreu

Grupo de Assessores / Editorial Advisory Board

Adriano Cezar Gordilho - Salvador / UFBA

Alexandre Kalache - Geneva / OMS

Andréa Prates - São Paulo / CIES

Anita Liberalesso Néri - Campinas / UNICAMP

Annette Leibing - Montreal / Universidade McGill

Benigno Sobral - Rio de Janeiro / UnATI-UERJ

Daniel Groisman - Rio de Janeiro / UFRJ

Eliane de Abreu Soares - Rio de Janeiro / UERJ

Emílio H. Moriguchi - Porto Alegre / PUC-RS

Emílio Jeckel Neto - Porto Alegre / PUC-RS

Evandro Coutinho - Rio de Janeiro / FIOCRUZ

Guita Grin Debert - Campinas / UNICAMP

Ivana Beatrice Mânica da Cruz - Porto Alegre / PUC-RS

Jane Dutra Sayd - Rio de Janeiro / UERJ

Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Florianópolis / UFSC

Luiz Roberto Ramos - São Paulo / UNIFESP

Martha Pelaez - Washington, DC / OPAS

Úrsula Margarida Karsch - São Paulo / PUC-SP

Normalização / Normalization

Iris Maria Carvalho dos Santos

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

Telefones: (21) 2587-7236 / 7672 / 7121 Ramal 6

Fax: (21) 2587-7236 Ramal 211

E-mail: crdetext@uerj.br

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

Latindex - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas

Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Edubase - Faculdade de Educação/Unicamp/São Paulo/Brasil

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 atinentes 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.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos

Sumário / Contents

Editorial / Editorial

REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA	5
Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology	
<i>Renato Veras</i>	

Artigos originais / Original Articles

QUEIXA DE MEMÓRIA E DISFUNÇÃO OBJETIVA DE MEMÓRIA EM IDOSOS QUE INGRESSAM NA OFICINA DA MEMÓRIA® NA UNATI/UERJ	7
Memory complaints and objective memory dysfunction among elderly people who come to the Oficina da Memória® (Memory Workshop) of UnATI/UERJ	
<i>Tânia Cristina Guerreiro, Renato Veras, Luciana Branco da Motta, Ana Sardas Veronesi, Sérgio Schmidt</i>	
FACTORES DE RIESGO PRESENTES E INTERVINIENTES EN CAÍDAS HOGAREÑAS	21
Risk factors present and involved in geriatric falls in the home	
<i>Mariana Lujan Yeannes</i>	
USO DO TEMPO NO COTIDIANO DE IDOSOS: UM MÉTODO INDICADOR DO ESTILO E MODO DE VIDA NA VELHICE	37
Use of time in elderly people's daily lives: an indicator method for lifestyle in old age	
<i>Leonice Aparecida Doimo, Alice Moreira Derntl</i>	
PERFIL DO FAMILIAR CUIDADOR DE IDOSO DOENTE E/OU FRAGILIZADO DO CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE JEQUIÉ-BA	55
Profile of family caregivers for ill and/or frail elderly people in the sociocultural context of Jequié-BA	
<i>Alba Benemerita Alves Vilela, Edméia Campos Meira, Andréa dos Santos Souza, Deuséia Moreira de Souza, Isleide Santana Cardoso, Edite Lago da Silva Sena, Lucia Hisako Takase Gonçalves</i>	

Artigos de Revisão / Review Articles

CUSTO DO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES IDOSOS	71
Cost of Colorectal Cancer Treatment in Elderly Patients	
<i>Denizgar Vianna Araújo, Alessandro Cirrincione</i>	

Sumário / Contents

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA:
UMA REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NO BRASIL 83

Health promotion in long-stay institutions: a reflection on the aging process
in Brazil

Renato Campos Freire Júnior, Maria de Fátima Lobato Tavares

Resenhas / Reviews

DAS ESPECIFICIDADES DO ENVELHECIMENTO: O CASO DA DEFICIÊNCIA MENTAL 93

On the specificities of aging: the case of mental impairment

Shirley Donizete Prado

Teses e Dissertações / Thesis and Dissertations 95

Instruções aos autores / Instructions for authors 99

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



A *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* inicia suas atividades com uma sólida bagagem e a chancela da UnATI/UERJ, instituição com prestígio acadêmico consolidado: é Centro Cooperante da Rede Brasileira de Informação em Ciências da Saúde – BIREME/OPAS/OMS, e Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Terceira Idade e Saúde. Ela dará continuidade à revista científica, também produzida pela UnATI, intitulada *Textos sobre Envelhecimento*, que nos seus oito anos de existência se estabeleceu como fonte de consulta permanente para a área de Geriatria e Gerontologia.

Além de difundir o conhecimento, a publicação visa também a atender à demanda por uma revista científica mais robusta, indexada e de padrão internacional, como consequência do crescimento da produção científica na área do envelhecimento humano. Alinhada com a política de acesso livre e amplo ao conhecimento adotada pela UnATI, a *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* será disponibilizada de forma aberta na internet. Também haverá uma versão em inglês – *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology* –, que permitirá maior acesso internacional à produção científica brasileira e latino-americana.

A linha editorial seguirá os pressupostos básicos do trabalho bem-sucedido desenvolvido na UnATI nos últimos 13 anos, reconhecido como paradigma de modelo de cuidado integral à saúde. Dessa forma, nosso foco estará no debate, pesquisa, interdisciplinaridade, participação social, promoção, na assistência e reabilitação da saúde. Também compõem a grade de interesse os mais relevantes conceitos de Saúde Coletiva e de metodologia científica relacionados ao campo geriátrico e gerontológico. A concepção da *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* leva em conta o escopo e a complexidade do envelhecimento humano, reclamando uma superação dos modelos predominantes no país.

É intenção oferecer ao público leitor a diversidade da área como subsídio para os profissionais que queiram se engajar na implantação de serviços que busquem a melhoria da saúde do idoso. Desejamos, portanto, estimular a criatividade e incitar a busca de soluções para melhorar a qualidade de vida das pessoas desse grupo etário. O compromisso com a mudança e a inovação permitirá a troca de experiências e de projetos diferenciados. O rigor científico e a qualidade acadêmica estarão presentes e serão persistentemente observados pelos editores da Revista, em consonância com o profissionalismo e amadurecimento da área de Geriatria e Gerontologia.

Renato Veras

Diretor da UnATI/UERJ

Queixa de memória e disfunção objetiva de memória em idosos que ingressam na Oficina da Memória® na UnATI/UERJ

Memory complaints and objective memory dysfunction among elderly people who come to the Oficina da Memória® (Memory Workshop) of UnATI/UERJ

Tânia Cristina Guerreiro¹
Renato Veras²
Luciana Branco da Motta³
Ana Sardas Veronesi⁴
Sérgio Schmidt⁵

Resumo

Os transtornos cognitivos e as demências levam à perda da qualidade de vida e da autonomia e ampliam o risco de morte na terceira idade. Com o objetivo de estudar características dos idosos que buscam treinamento de memória na Oficina da Memória®, na UnATI/UERJ, e identificar um possível fator preditor de prejuízo cognitivo, este estudo se propôs a investigar se a percepção subjetiva de perda de memória – queixa de memória – desses idosos possui poder de predição de disfunção objetiva de memória. Participaram do estudo 82 alunos. A queixa de memória foi investigada por meio dos questionários Short-Care e Mac-Q, e a presença de disfunção objetiva de memória foi avaliada por intermédio do Rivermead Behavioural Memory Test e do subteste Práxis/Memória visual do Teste Computadorizado de Memória (TCM). Foi também aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A prevalência de queixas foi de 97,6% nesse grupo. O Short-Care se correlacionou significativamente com o Rivermead e o TCM. Entretanto, as análises de regressão hierárquica, depois de incluída a variável escolaridade, demonstraram que o Short-Care não prediz o desempenho no Rivermead e no TCM. Desse modo, as queixas de memória dos idosos que ingressam na Oficina da Memória não predizem o desempenho objetivo quando o impacto da escolaridade é controlado.

Palavras-chave:

Transtornos cognitivos; demência; memória; capacitação; qualidade de vida; fatores de risco; valor preditivo dos testes; questionários; idoso.

Abstract

Cognitive disorders and dementia lead to loss of quality of life and autonomy, and increase the risk of death in the third age. The objective of this study was to assess the characteristics of the elderly people who seek memory training at the Oficina da Memória® (Memory Workshop) of UnATI/UERJ, and identify possible predictive factors for cognitive impairment. Its proposition was thus to investigate

Correspondência / *Correspondence*

Tânia Cristina Guerreiro

Av. Nossa Senhora de Copacabana, 647/308 Copacabana 22050-002 Rio de Janeiro, RJ - Brasil

E-mail: taniaguerreiro@oficinadamemoria.com

whether subjective perceptions of memory loss (memory complaints) among these elderly people have the power to predict objective memory dysfunction. Eighty-two students participated in this study. Memory complaints were investigated by means of the Short-Care and Mac-Q questionnaires. The Rivermead Behavioral Memory Test and the visual memory/praxis subtests of a computerized memory test (TCM) were used to evaluate the presence of objective memory dysfunction. The Geriatric Depression Scale was also applied. The prevalence of memory complaints was 97.6% in this group. The Short-Care scale correlated significantly with Rivermead and TCM. However, after including the variable of schooling, hierarchical regression analysis showed that the Short-Care scale did not predict the performance in Rivermead and TCM. Thus, memory complaints among the elderly people who come to the Oficina da Memória did not predict the objective performance when the impact of schooling was controlled for.

Key words: Cognition disorders; dementia; memory; training; quality of life; risk factors; predictive value of tests; questionnaires; aged.

INTRODUÇÃO

Queixas de problemas com a memória estão presentes na população em geral, mas sua prevalência tende a aumentar com o avançar da idade (Commissaris; Ponds; Jolles, 1998). Diversas pesquisas têm investigado o significado das queixas de memória dos idosos e, sobretudo, buscado identificar a existência ou não de associação entre a percepção subjetiva de perda de memória, ou queixa de memória, e a disfunção objetiva avaliada nos testes (Bolla, *et al.*, 1991; Riedel-Heller *et al.*, 2005).

Grande parte dos idosos que relatam falhas de memória se preocupa fortemente com o risco de esse problema evoluir para demência. Isso é observado no cotidiano de profissionais de saúde que lidam com esse grupo. Portanto, acolher as queixas e identificar seu significado clínico é condição primordial para se definir o encaminhamento de cada caso (Xavier *et al.*, 2001).

Inúmeros estudos vêm demonstrando que a percepção subjetiva de perda de memória está

mais associada à depressão (Bolla *et al.*, 1991; Grut, 1993), a traços da personalidade (Hanninen *et al.*, 1994) e à ocorrência de demência em parente ou amigo próximo (Commissaris; Ponds; Jolles, 1998), do que ao desempenho objetivo nos testes neuropsicológicos. Todavia, em geral é por intermédio dos insucessos mnésicos que as pessoas identificam algo de errado em sua capacidade cognitiva.

Além disso, a avaliação subjetiva de perda de memória, feita pelo próprio sujeito ou por informante confiável, tem sido sistematicamente utilizada como um dos critérios para identificação de prejuízos cognitivos em idosos (Crook; Feher; Larrabee, 1992; Xavier *et al.*, 1999). Em 1999, o National Institute on Aging (Petersen *et al.*, 1999) definiu uma condição de prejuízo cognitivo que seria intermediária entre o desempenho esperado como normal para o idoso e aquele observado nas fases iniciais das demências, o transtorno cognitivo leve – TCL (*mild cognitive impairment – MCI*). A identificação desses casos vem demonstrando resultados promissores para a compreensão das situações de perdas cognitivas em idosos.

Os critérios sugeridos por Petersen e colaboradores (2001) para diagnóstico dos transtornos cognitivos leves foram: 1) queixa de memória, preferivelmente confirmada por um informante; 2) déficit de memória indicado por testes, com desempenho de aproximadamente 1,5 desvio padrão abaixo da média de controles normais da mesma idade; 3) funções cognitivas gerais normais; 4) atividades funcionais – sócio-ocupacionais – intactas; e 5) ausência de demência.

Diversos estudos mostram que portadores de TCL apresentam maior risco de desenvolver quadros demenciais (Meyer *et al.*, 2002; Sarazin; Dubois, 2002; Lopez; Dekoski, 2003). Cerca de 10 a 15% desses idosos tendem a apresentar a doença de Alzheimer (DA) em um ano, o que ressalta a importância da identificação desses casos. Assim, abre-se uma perspectiva para o desenvolvimento de intervenções que previnam ou retardem o surgimento das demências.

Por outro lado, alguns estudos destacam a falta de consciência acerca da perda de memória por parte dos idosos que apresentam a doença de Alzheimer e uma grande variação na frequência de queixas entre os pacientes em geral (Carr *et al.*, 2000). Nesses estudos não foram observadas diferenças significativas entre o nível de queixas dos que apresentavam DA e daqueles que apresentavam prejuízos de memória associados ao envelhecimento – *age associated memory impairment* – (Feher *et al.*, 1994), assim como não foram observadas diferenças significativas entre o nível de queixas entre os participantes com DA e os participantes com TCL (Farias. Mungas; Jagust, 2005). Desse

modo, questiona-se o valor das queixas de memória como indicadores diagnósticos (Riedel-Heller *et al.*, 2000; Jungwirth *et al.*, 2004).

Jonker, Geerlings e Schmand (2000) ressaltam o papel das queixas de memória como preditores de demência em idosos que apresentam transtornos cognitivos quando esses são acompanhados por dois anos, no mínimo. Esses pesquisadores destacam ainda a possibilidade de essas queixas serem fator preditivo para demência em indivíduos com alta escolaridade, mesmo quando não identificados prejuízos cognitivos em avaliações breves.

Também há estudos que apontam a queixa como preditora de declínio cognitivo quando associada à presença do alelo E4 do polimorfismo da apolipoproteína E, mesmo em presença de depressão (Stewart *et al.*, 2001; Dik *et al.*, 2001).

Desse modo, embora seja questionável o valor das queixas de memória quando consideradas isoladamente, essas não deveriam ser abordadas como um fenômeno próprio da idade, simplesmente. Transtornos do humor, ansiedade, isolamento social e outras importantes questões podem estar presentes na vida do idoso, comprometendo a saúde, favorecendo o declínio cognitivo e interferindo na qualidade de vida.

Além disso, um grande número de pesquisas (Jonker, Geerlings; Schmand, 2000; Stewart *et al.*, 2001; Dik *et al.*, 2001) vem sugerindo que a percepção subjetiva de perda de memória, quando associada a outros critérios, pode contribuir para a identificação de

sujeitos que apresentam prejuízo cognitivo e risco elevado para futura demenciação. Portanto, é recomendável o aprofundamento das investigações nesse campo.

Logo, faz-se necessário um olhar mais atento às queixas do grande número de idosos que procuram cursos para treinamento da memória e demandam por informações, treinamentos e cuidados especializados.

OBJETIVOS

O presente estudo buscou investigar a prevalência de queixa de memória entre os alunos que ingressam na Oficina da Memória®, na Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ) e, principalmente, avaliar o quanto a percepção subjetiva de perda de memória – queixa de memória – desses idosos possui poder de predição de disfunção objetiva de memória. Este estudo também visou a identificar a presença de associações entre a queixa de memória e a idade dos participantes, sua escolaridade e a presença de depressão.

MÉTODOS E PARTICIPANTES

O enfoque metodológico utilizado foi de uma pesquisa do tipo quantitativo, com delineamento transversal. A amostra foi composta por 82 alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade que se interessaram em participar de um programa de treinamento de memória – curso Oficina da Memória – e assina-

ram o termo de consentimento informado. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ.

A divulgação do projeto de pesquisa foi feita durante palestra – Workshop da Oficina da Memória – e o convite para o estudo foi direcionado a alunos da UnATI que não haviam participado anteriormente do curso. Foram considerados critérios de exclusão: o analfabetismo e a existência de doença psiquiátrica e síndrome demencial em estágio intermediário ou avançado. Dos 86 sujeitos que aceitaram participar do estudo, um foi excluído por manifestar síndrome demencial em estágio intermediário e três por apresentarem transtornos físicos agudos que demandavam outras prioridades de tratamento.

A idade dos participantes variou de 61 a 84 anos e a idade média foi de 70,55 anos ($DP=5,38$). A proporção de mulheres (90,2%) foi maior do que a de homens (9,8%), o que reflete a tendência tanto de maior sobrevivência de mulheres como também de maior participação delas quando comparadas ao gênero masculino. A escolaridade média foi de 9,39 anos ($DP=3,67$), variando de 1 a 17 anos de estudo.

INSTRUMENTOS

Investigou-se a presença de disfunção subjetiva de memória pela aplicação de dois questionários. O Questionário de Queixa Subjetiva de Memória Short-Care (Tobiansky *et al.*, 1995) consiste de nove perguntas – por exem-

plo: “O (A) Sr. (a) tem dificuldade de memória?” – com três possibilidades de respostas: “Não, Um pouco, Muito”. Respostas “um pouco” e “muito” foram consideradas como afirmativas para queixas neste estudo. Para as análises de correlação e de regressão hierárquica, foram utilizados os valores brutos da pontuação. Para avaliar a prevalência de queixa na população, foi utilizada a operacionalização sugerida por Tobiansky *et al.* (1995): presença de queixa de memória é considerada quando a pontuação é \geq três questões afirmativas. A Tabela 1 apresenta a consistência interna para cada um dos instrumentos utilizados neste estudo.

O Questionário de Queixas de Memória – MAC-Q (Crook, Feher, Larrabee, 1992) é constituído por seis perguntas que visam a avaliar queixas de memória relacionadas a cinco situações do cotidiano – por exemplo: lembrar números de telefones ou códigos que você usa diária ou semanalmente –, com uma pergunta direcionada ao desempenho mnêmico global. É solicitado que seja feita uma comparação entre o desempenho mnêmico atual e aquele vivenciado aos 18 anos de idade. As respostas variam de “muito pior agora” a “muito melhor agora”, com cinco diferentes possibilidades de respostas. Uma pontuação igual ou superior a 25 pontos é considerada como indicativa de disfunção subjetiva de memória.

As avaliações neuropsicológicas ocorreram em parceria com o Laboratório de Neurologia do Comportamento da UERJ (LAN/ UERJ). Nas avaliações do LAN/ UERJ são utilizados não somente instrumentos

computadorizados desenvolvidos em nosso meio (Schmidt; Manhaes, 2001; Schmidt; Capparelli-Daquer, 2000) como também testes tradicionais, traduzidos e normatizados – por exemplo: Schmidt e Oliveira (1999).

A presença de disfunção objetiva de memória foi avaliada com o teste Rivermead Behavioural Memory Test – RBMT (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1985), versão traduzida e adaptada oficialmente para o Brasil (Schmidt; Oliveira, 1999), e com o subteste Práxis/Memória visual, do Teste Computadorizado de Memória – TCM (Schmidt; Manhães, 2002). Em ambos os testes, quanto maior a pontuação, melhor é o desempenho de memória.

O RBMT é um teste que possui caráter ecológico, isto é, avalia habilidades mnêmicas simulando situações do cotidiano. Contém 12 subtestes, cujos resultados brutos são convertidos em escore de perfil padronizado, (0) anormal, (1) limítrofe ou (2) normal, com o máximo possível de 24 pontos. O ponto de corte adotado foi ≤ 16 , sugerindo prejuízo da memória.

O Teste Computadorizado de Memória apresenta seis subtestes que se propõem a avaliar diferentes habilidades de memória. Neste trabalho, utilizamos o subteste Práxis/Memória visual, que consiste na apresentação de uma figura, durante cinco segundos, seguida de solicitação para a reprodução da imagem. São nove figuras que podem ser pontuadas de 0 a 3 – quanto maior a pontuação, melhor a capacidade de reproduzir as figuras –, com um escore máximo de 27 pon-

tos. Apenas esse subteste foi incluído neste estudo, por avaliar uma habilidade não abordada pelo Rivermead.

A presença de sintomatologia depressiva foi identificada pela Escala de Depressão Geriátrica (Sheikh; Yesavage, 1986). São 15 perguntas objetivas em que o entrevistado é solicitado a responder “sim” ou “não”. A pontuação varia entre 0 e 15 pontos. Foi considerada suspeita de depressão escores > 5 pontos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram examinadas as distribuições univariadas e bivariadas de todas as variáveis

incluídas no estudo, com o objetivo de avaliar normalidade, homogeneidade de variância e presença de dados extremos (*outliers*). Uma variável (Rivermead) foi submetida a transformações (Hair *et al.*, 1992; Tabachnick; Fidell, 1996) que resolveram os problemas de simetria, de curtose e de heterogeneidade de variância. Utilizamos essa variável transformada em todas as análises. As demais não apresentaram anomalias dignas de nota. Para facilitar a interpretação dos dados, apresentamos os resultados não transformados de todas as variáveis (Tabachnick; Fidell, 1996).

Todos os instrumentos apresentaram consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach). Os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos podem ser examinados na Tabela 1.

TABELA 1 – Resultados obtidos com a aplicação das escalas

Escalas	Escore possível	Alfa ^b	M (DP)
Memória – Medidas objetivas			
Rivermead	0 – 24	0,68	17,40 (3,89)
TCM – Práxis/Memória visual	0 – 27	0,82	11,77 (4,97)
Memória – Medidas subjetivas			
Mac-Q	0 – 30 ^a	0,84	23,22 (4,06)
Short-Care	0 – 18 ^a	0,89	9,21 (4,22)
Indicador de depressão			
Escala Depressão Geriátrica	0 – 15	0,70	3,88 (2,68)

^a Pontuação reversa, ^b Consistência interna (alfa de Cronbach)

Neste estudo, 97,6% dos idosos apresentaram queixas de problemas com a memória (Short-Care). Disfunção subjetiva de memória, identificada por meio do Mac-Q, foi encontrada em 31,7%. Almeida (1998) observou 59,1% de queixas numa amostra de 220 pacientes idosos que ingressavam em um

ambulatório de saúde mental em São Paulo. Jonker, Geerlings & Schmand (2000), em artigo de revisão, observaram uma grande variação, de 25 a 50%, na prevalência desse tipo de queixa entre idosos. Portanto, o valor de 97,6% é considerado alto quando comparado aos resultados obtidos em outros estudos.

Contudo, já eram esperados valores mais altos, devido ao fato de essa população consistir de alunos da UnATI que expressavam o desejo de participar de treinamentos de memória. Destaca-se ainda o fato de essa população ser constituída predominantemente por mulheres (90,2%), com média escolaridade (9,39 anos, DP=3,67), haja vista que maior frequência de queixas tem sido associada ao gênero feminino e à baixa escolaridade (Jonker, Geerlings; Schmand, 2000). O alto percentual de mulheres encontrado é compatível com o observado em grande parte dos cursos oferecidos na UnATI (Sant'Anna, 1995).

Houve suspeita de depressão em 26,8% dos participantes. Esse percentual não corresponde a casos diagnosticados de depressão. Expressa, provavelmente, a presença de diferentes quadros de transtornos de humor entre os participantes. A prevalência

de depressão em idosos no Rio de Janeiro situa-se entre 20% a 36% (Veras, 1997). Desse modo, o resultado encontrado é compatível com o descrito na literatura.

Foram desenvolvidas análises de correlação entre as variáveis em estudo – Tabela 2. Embora a idade seja uma variável geralmente associada a queixas de memória e a pior desempenho nos testes objetivos (Bolla, 1991; Jonker, Geerlings & Schmand, 2000), neste estudo a idade dos participantes (61 a 84 anos) não se correlacionou com nenhuma outra variável analisada. É possível que a atuação de outros fatores que podem se relacionar com a idade – condições de saúde física, percepção de bem-estar e percepção de controle sobre a própria vida, dentre outros – exerça influência mais marcante do que a idade propriamente dita, o que sugere a necessidade de se aprofundar as investigações.

TABELA 2 – Correlações de ordem zero entre variáveis

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1 Idade	-					
2 Escolaridade	0,01	-				
3 Escala Depressão Geriátrica	-0,07	-0,30**	-			
4 Mac-Q	-0,18	-0,25*	0,32**	-		
5 Short-Care	-0,13	-0,45**	0,33**	0,59**	-	
6 Rivermead	-0,03	0,40**	-0,25*	-0,12	-0,25*	
7 TCM – Práxis/Memória visual	0,04	0,47**	-0,25*	0,20	-0,37**	0,52**

* Correlação significativa para $p < 0,05$. ** Correlação significativa para $p < 0,01$.

A escolaridade dos participantes se correlacionou com todas as variáveis analisadas – exceto idade, conforme descrito anteriormente. Maior escolaridade foi associada a melhor desempenho nas avaliações objetivas

e menor frequência de queixas, e identificada como um fator preditor de bom desempenho em ambos os testes de memória (Rivermead e TCM).

UnATI

O significado desse resultado demanda uma análise crítica acerca do comportamento da variável escolaridade e, em parte, explica o alto percentual de disfunção objetiva de memória (Rivermead) encontrado nessa população (31,7% dos participantes). Os anos de estudo podem atuar como um viés psicométrico: pontuações menores em testes de avaliação cognitiva são esperadas entre indivíduos com mais baixa escolaridade, não significando, necessariamente, prejuízos cognitivos.

Por outro lado, pontuações baixas entre os que possuem maior escolaridade podem expressar maior comprometimento das capacidades cognitivas. Desse modo, este achado é compatível com o observado em estudos desenvolvidos com outros instrumentos de avaliação cognitiva em nosso meio (Almeida, 1998; Bertolucci, 1994) e sinaliza a necessidade da identificação de pontos de corte para diferentes faixas de escolaridade (Tombaugh; McIntyre, 1992).

No entanto, não há consenso em relação ao tratamento a ser dado a essa variável, em razão de suas complexas implicações. Níveis mais altos de escolaridade têm sido associados a melhores condições e cuidados de saúde. Conseqüentemente, o analfabetismo, assim como poucos anos de estudo, pode ser entendido como um fator de risco para uma série de condições – hipertensão arterial, dislipidemia, deficiência nutricional – promotoras de declínio cognitivo.

Além disso, tem sido demonstrado que indivíduos que possuem alto nível de escola-

ridade expressam menor declínio associado ao envelhecimento (Teri, McCurry; Logsdon, 1997; ARGIMON; STEIN, 2005). Há estudos que sugerem um efeito “protetor” das vivências escolares na juventude contra transtornos cognitivos e demência (GILLEARD, 1997; Teri, McCurry; Logsdon, 1997).

O Rivermead e o subteste TCM/Práxis, embora avaliem capacidades de memória diferentes, apresentaram associação significativa. Esse achado sugere que a práxis visuomotora necessária para a realização do TCM/Práxis depende da integridade dos módulos de memória aferidos pelo Rivermead.

Os dois questionários de queixas apresentaram correlação entre si. Contudo, somente o Short-Care se correlacionou com os instrumentos de avaliação objetiva – Rivermead e o TCM. É possível que o questionário Mac-Q, ao solicitar que o idoso compare sua capacidade atual com seu desempenho aos 18 anos de idade, sofra, de forma diferente, influência de outras variáveis não analisadas neste estudo. Por exemplo: satisfação com a vida, condições de saúde física, crenças sobre o envelhecimento.

Observou-se correlação positiva entre queixas de memória e depressão, resultado esperado e tradicionalmente descrito na literatura. Alguns estudos sugerem que sujeitos deprimidos tenderiam a superestimar suas dificuldades mnésicas. Portanto, as queixas refletiriam mais os distúrbios psicoafetivos, outros problemas de saúde e características de seu perfil psicológico, do que sua condição

cognitiva real (Grut, 1993; Berg *et al.*, 1998; Comijs *et al.*, 2002; Deroesne; Papin; Lacomblez, 2004). Contudo, essa é uma questão polêmica (Xavier *et al.*, 2001). Um dado que apóia esse ponto de vista é o fato de que, usualmente, observa-se diminuição das queixas ao serem aliviados os sintomas depressivos (Antikainen *et al.*, 2001).

Por outro lado, pesquisas longitudinais (Schmand *et al.*, 1998; Wang *et al.*, 2000 e 2004) sugerem que as queixas subjetivas de memória de idosos – não dementes na fase inicial – não são apenas secundárias à depressão. Também refletem o *status* cognitivo e expressam, em parte, uma percepção realística de declínio cognitivo. Além disso, existem sugestões de que as novas queixas, sobretudo em indivíduos mais velhos e entre os que apresentam *status* cognitivo inicial mais baixo, possam expressar a presença de significativo prejuízo cognitivo (Schofield *et al.*, 1997) e maior risco de evolução para demência (Treves *et al.*, 2005).

Para avaliar o quanto a percepção subjetiva de perda de memória desses idosos possui poder de predição de disfunção objetiva, dois modelos de regressão hierárquica foram desenvolvidos para o Rivermead e o TCM/Práxis, respectivamente. As análises produziram resultados muito semelhantes. Como as queixas de memória, identificadas pelo Short-Care, apresentaram correlação com o desempenho objetivo – maior número de queixas associado a pior desempenho – esse instrumento foi o escolhido para entrar nos modelos.

Outras variáveis que apresentaram correlação com o Rivermead e TCM/Práxis também foram incluídas – EDG e escolaridade. A fim de controlar o impacto dos anos de estudo dos participantes, a escolaridade foi eleita como o primeiro bloco de variáveis a ser inserido nos modelos. Variáveis incluídas que mostraram poder de predição significativa – ($\beta > 0$ considerando p menor ou igual a 0,05 – foram retidas. A cada nova etapa da regressão foi incluído um novo bloco de variáveis. Após a entrada de todos os blocos, verificamos quais se mostraram capazes de prever significativamente a variável dependente e apresentamos um modelo final de regressão.

A Tabela 3 apresenta a análise de regressão hierárquica para o Rivermead e a Tabela 4 mostra a análise para o TCM/Práxis. A escolaridade dos participantes foi um preditor significativo do Rivermead, $F(1,81) = 15,04$, $p < 0,001$ e do TCM/Práxis $F(1,81) = 22,23$, $p < 0,001$. A Escala de Depressão Geriátrica e o Short-Care não contribuíram significativamente para os modelos.

TABELA 3 – Resumo da análise de regressão hierárquica para variáveis preditoras de memória objetiva – Rivermead

Variáveis	Etapa 1			Etapa 2			Etapa 3			Modelo Final		
	B	SEB	β	B	SEB	β	B	SEB	β	B	SEB	β
Escolaridade	0,08	0,02	0,40***	0,07	0,02	0,35***	0,07	0,02	0,36***	0,08	0,02	0,40***
Escala Depressão Geriátrica				-0,04	0,03	-0,14						
Short-Care							-0,01	0,02	-0,09			
R ²	0,16			0,18			0,16			0,15		
R ² (Ajustado)	0,15			0,16			0,15			0,15		
R ² Δ	0,16			0,02			0,01			0,15		
F para R ² Δ	15,04***			1,76			0,57			15,0***		

N = 82. *Significativo para alfa < 0,05, **Significativo para alfa < 0,01, *** Significativo para alfa < 0,001 (bilateral).

TABELA 4 – Resumo da análise de regressão hierárquica para variáveis preditoras de memória objetiva – TCM – Práxis/Memória visual

Variáveis	Etapa 1			Etapa 2			Etapa 3			Modelo Final		
	B	SEB	β	B	SEB	β	B	SEB	β	B	SEB	β
Escolaridade	0,63	0,13	0,47***	0,58	0,14	0,43***	0,51	0,15	0,38***	0,63	0,13	0,47***
Escala Depressão Geriátrica				-0,22	0,19	-0,12						
Short-Care							-0,23	0,13	-0,20			
R ²	0,22			0,23			0,25			0,22		
R ² (Ajustado)	0,21			0,21			0,23			0,21		
R ² Δ	0,22			0,01			0,03			0,22		
F para R ² Δ	22,23***			1,34			3,32			22,23***		

N = 82. *Significativo para alfa < 0,05, **Significativo para alfa < 0,01, *** Significativo para alfa < 0,001 (bilateral).

Desse modo, embora tenham apresentado correlação com o Rivermead e o TCM/Práxis, as queixas de memória – Short-Care – não demonstraram poder de predição do desempenho objetivo quando o impacto da escolaridade foi controlado. Neste estudo elas foram associadas à baixa escolaridade. É possível que as queixas tenham maior significado quando frequentes em indivíduos com alta escolaridade.

A maioria dos estudos de caso-controle e de corte transversal realizados nos últimos dez anos não encontrou associação entre queixas e desempenho cognitivo. Porém, os estudos

populacionais têm chegado à conclusão oposta. (Riedel-Heller *et al.*, 2000).

É provável que a prevalência e o significado clínico das queixas de memória variem enormemente em razão das características culturais da população estudada, da forma como é selecionada a amostra e da maneira como é acessada a percepção subjetiva do sujeito – a partir de uma queixa espontânea, uma pergunta direcionada ou, ainda, por meio de um questionário auto-aplicável ou administrado por um profissional. Além disso, a identificação das variáveis que determinam as queixas dependerá, em grande parte, do

enfoque metodológico a ser adotado na pesquisa – quantitativa ou qualitativa, delineamento transversal ou longitudinal.

Portanto, o relato de falhas entre idosos que buscam treinamento de memória exige especial atenção no sentido de se identificar a presença de fatores de risco de declínio cognitivo. E também de se priorizar uma abordagem de educação para a saúde que propicie informação e cuidados qualificados, a quebra de mitos negativos acerca do envelhecimento e o fortalecimento da autoconfiança.

CONCLUSÕES

O presente estudo buscou investigar as relações existentes entre disfunção subjetiva de memória – queixa de memória –, disfunção objetiva, suspeita de depressão, idade e escolaridade de idosos que ingressam na Oficina da Memória[®], na UnATI/UERJ, e avaliar o quanto a queixa de memória desses idosos possui poder de predição de disfunção objetiva.

Foi constatada alta prevalência de queixas de memória entre os participantes (97,6%). Verificou-se, ainda, que esse valor não pode ser explicado unicamente pela presença de depressão. É provável que a preocupação com o desempenho cognitivo seja uma característica comum entre aqueles que buscam treinamentos de memória.

As análises de correlação identificaram uma série de associações entre as variáveis em es-

tudo e contribuíram para nosso entendimento acerca do tema. Dentre outras variáveis, a escolaridade demonstrou ser um preditor significativo do desempenho nas avaliações objetivas de memória, o que sugere a necessidade de se definir pontos de corte para diferentes níveis de instrução.

As análises de regressão, ao controlarem o impacto da escolaridade, revelaram que as queixas de memória têm limitado poder de predição do desempenho objetivo de memória.

Futuras investigações deverão explorar a presença de outras variáveis – co-morbidades, percepção de controle, satisfação com a vida, dentre outras – que contribuam para explicar o comportamento das queixas e do desempenho objetivo de memória na população idosa.

NOTAS

- ¹ Médica, com especialização em Geriatria (PUC/RS e SBGG) e Homeopatia (IHB e CFM). Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Doutoranda pelo IBRAG/UERJ. Professora na Universidade Aberta da Terceira Idade/ UERJ. Coordenadora do Ambulatório de Memória da UnATI/UERJ. Endereço: Av. Nossa Senhora de Copacabana nº 647/308. Copacabana. Rio de Janeiro. CEP: 22050-002. <taniaguerreiro@oficinadamemoria.com>.
- ² Médico, com residência médica e especialização em Psiquiatria. Mestrado no Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e segundo mestrado em Saúde Coletiva (Community Medicine) na London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Doutorado no Guy's Hospital da Universidade de Londres. Professor adjunto na UERJ, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI). Pesquisador 1 do CNPq <veras@uerj.br>.
- ³ Médica, com pós-graduação em Geriatria pelo Instituto de Geriatria da PUC/RS e em Gerontologia pela Universidade de Barcelona. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso e do Ambulatório de Memória da UnATI/UERJ. <lumotta@uerj.br>.

- ⁴ Fonoaudióloga clínica, com especialização em Linguagem e Voz pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Especialista em Gerontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ). Membro da equipe da Oficina da Memória. <amsardas@epl.com.br>
- ⁵ Médico (UERJ) e neuropsicólogo (UERJ). Mestre e doutor em Neurofisiologia (UFRJ). Pós-doutorado em Neuropsiquiatria (University of Alberta, Canadá). Coordenador do Laboratório de Neurologia do Comportamento (UERJ). Professor titular de Neurofisiologia e Neuropsicologia na UERJ. Pesquisador 1 do CNPq. <sl.schmidt@terra.com.br>

AGRADECIMENTOS

À UnATI-UERJ e seus alunos, pela colaboração em todas as fases deste estudo. Ao Laboratório de Avaliação Neurocomportamental, pelo uso do TCM e da versão traduzida e adaptada do Rivermead para este estudo. Ao doutor Rodolfo Ribas, pelo apoio no desenvolvimento das análises estatísticas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P. Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 56, p. 412-418, set.1998.
- _____. Mini-mental state examination and the diagnosis of dementia in Brazil. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 56, n. 3B, p. 605-612, 1998.
- ANTIKAINEN, R. e t al. Mood improvement reduces memory complaints in depressed patients. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, v. 251, n. 1, p. 6-11, 2001.
- ARGIMON, I. L; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n.1, jan./fev. 2005.
- BERG, I. J. et al. Memory and learning abilities in everyday life of the elderly. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.*, v. 29, n. 3, p.130-140, June 1998.
- BERTOLUCCI, P. H. et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 52, n. 1, p.1-7, 1994.
- Bolla, K. I. et al. Memory Complaints in Older Adults. *Arch. Neurol.*, v. 48, p. 61-64, Jan. 1991.
- CARR, D. B. et al. The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology*, v. 56, n. 2, p.1781-1782, 26 June 2001.
- COMIJS, H. C. et al. Memory complaints; the association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics. *J affect Disord.*, v. 72, n. 2, p. 157-165, Nov. 2002.
- Comissaris, C. J.; Ponds, R. W.; Jolles, J. Subjective forgetfulness in a normal Dutch population: possibilities for health education and other interventions. *Patient Educ. Couns.*, v. 34, n. 1, p. 25-32, May 1998.
- CROOK, T. H. III; Feher, E. P.; Larrabee, G.J. Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *Int. Psychogeriatr.*, v. 4, n. 2, p.165-176, Fall 1992.
- DEROUESNE, C.; RAPIN, J. R.; LACOMBLEZ, L. Memory complaints in 200 subjects meeting the diagnostic criteria for age-associated memory impairment: psycho affective and cognitive correlates. *Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, v. 2, n. 1, p. 67-74, Mar. 2004 .
- DIK, M. G. et al. Memory complaints and APOE-epsilon 4 accelerate cognitive decline in cognitively normal elderly. *Neurology*, v. 57, n. 12, p. 2217-2222, 26 Dec. 2001.
- FARIAS, S. T.; MUNGAS, D.; JAGUST, W. Degree of discrepancy between self and other-reported everyday functioning by cognitive status: dementia, mild cognitive impairment, and healthy elders. University of California, Davis, Department of Neurology School of Public Health, CA, USA. Disponível em: <http://ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=1>. Acesso em: 16 set. 2005.

- Feher, E. P. et al. Memory self-report in Alzheimer's disease and in age-associated memory impairment. *J Geriatric Psychiatry Neurol.*, v. 7, n. 1, p. 58-65, Jan./Mar. 1994.
- GILLEARD, C. J. Education and Alzheimer's disease: a review of recent international epidemiological studies. *Aging Mental Health*, v. 1, p. 33-46, 1997.
- GRUT, M. et al. Memory complaints of elderly people in a population survey: variation according to dementia stage and depression. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 41, p. 12, p. 1295-1300, Dec. 1993.
- HAIR, J. F. et al. *Multivariate data analysis*. 3rd. ed. New York: Macmillan, 1992.
- HANNINEN, T. et al. Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 42, p. 1-4, 1994.
- JONKER, C.; GEERLINGS, M. I.; SCHMAND, B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, v. 15, n. 11, p. 983-991, Nov. 2000.
- JUNGWIRTH, S. et al. Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-Tran Danube aging community. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 52, n. 2, p. 263-268, Feb. 2004.
- LOPEZ, O. L.; DEKOSKY, S. T. Neuropathology of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Rev. Neurol.*, v. 37, n. 2, p. 155-163, 16-31 Jul. 2003.
- Meyer, J. S. et al. Is mild cognitive impairment prodromal for vascular dementia like Alzheimer's disease? *Stroke*, v. 33, n. 8, p. 1981-1985, 2002.
- Petersen, R. C. et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch. Neurol.*, v. 58, n. 12, p. 1985-1992, 2001.
- Petersen, R. C. Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome. *Arch. Neurol.*, v. 56, n. 3, p. 303-308, Mar. 1999.
- RIEDEL-HELLER, S. G. et al. Subjective memory loss-a sign of cognitive impairment in the elderly? An overview of the status of research. *Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig. rics@server3.medizin.uni-leipzig.de*. Disponível em: <http://ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=1...>. Acesso em: 16 set. 2005.
- SANT'ANNA, M. J. UnATI: A velhice que se aprende na escola, um perfil de seus usuários. In: VERAS, R. (Org.). *Terceira idade. um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, UERJ/ UnATI, 1995. p. 75-102.
- SARAZIN, M.; DUBOIS, B. Mild Cognitive Impairment or pre-demential Alzheimer's disease? *Rev. Neurol.*, v. 158, n. 10, Suppl., S30-S34, 2002.
- SHEIKH, J. I.; YESAVAGE, J. A geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin. Gerontol.*, v. 5, p. 165-173, 1986.
- SCHMAND, B. et al. Subjective memory complaints in the elderly: depressive symptoms and future dementia. Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL Project) Department of Psychiatry, Vrije University. The Netherlands. psbsc@slz.nl. Disponível em: <http://ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9> Acesso em: 16 set. 2005.
- SCHOFIELD, P. W. et al. The validity of new memory complaints in the elderly. *Arch. Neurol.*, v. 54, n. 6, p. 756-759, June 1997.
- SCHMIDT, S. L.; OLIVEIRA, R. M. Teste Comportamental de Memória Rivermead. Rio de Janeiro: Cognição, 1999.
- SCHMIDT, S. L.; CAPARELLI-DAQUER, E. Teste das Linhas. Rio de Janeiro: Cognição, 2000. Aprovado para uso clínico pelo CFP.
- SCHMIDT, S. L.; MANHÃES, A. C. Teste computadorizado da memória (TCM). Rio de Janeiro: NeuroCog, 2001.
- STWART, R. et al. Depression, APOE genotype and subjective memory impairment: a cross sectional study African-Caribbean population. *Psychol. Med.*, v. 31, n. 3, p. 431-440, Apr. 2001.

- TABACHINICK, B. G.; FIDELL, L. S. *Using multivariate statistics*. New York: HarperCollins, 1996.
- TERI, L.; McCURRY, S. M.; LOGSDON, R. G. Memory, thinking and aging: what we know about we know. *West J. Med.*, v. 167, p. 269-275, 1997.
- TREVES, T. A. et al. D. Incidence of dementia in patients with subjective memory complaints. *Int. Psychogeriatr.*, v. 17, n. 2, p. 265-273, June 2005.
- TOBIANSKY R. et al. The gospeal oak study stage IV: the clinical relevance of subjective memory impairment in older people. *Psychological Medicine*, v. 25, p. 779-786, 1995.
- TOMBAUGH, T. N.; MCINTYRE, N. J. The minimal state examination: a comprehensive review. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 40, n. 9, p. 922-935, 1992.
- VERAS, R. P.; COUTINHO, E.; COELI, M. C. Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. In: VERAS, R. P. (Org). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará: UnATI/UERJ, 1997. 192 p. p.15-40.
- WANG, P. N. et al. Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 48, n. 3, p. 295-299, Mar. 2000.
- WANG, L. et al. Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65 and older. *J. Am. Geriatric Soc.*, v. 52, n. 12, p. 2045-2051, Dec. 2004.
- XAVIER, F. M. et al. Queixa subjetiva de perda de memória no idoso: uma comparação da percepção dos sujeitos com a percepção dos familiares em estudo na comunidade. *Revista Brasileira de Neurologia*, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 137-141, 1999.
- _____. A relevância clínica da percepção subjetiva de perda de memória por pessoas idosas. *Revista Brasileira de Neurologia*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 24-28, 2001.

Recebido para publicação em: 23/1/2006

Aceito em: 06/03/2006

Factores de riesgo presentes e intervinientes en caídas hogareñas

Risk factors present and involved in geriatric falls in the home

Mariana Lujan Yeannes*

Resumen

Introducción: La caída constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes; tres de cada diez adultos mayores (AM) sufren una caída al año y más del 50% se produce en la vivienda.

El objetivo de éste estudio fue analizar en cada vivienda la presencia, interacción e intervención de factores de riesgo de caída, ambientales (FRA) y conductuales (FRC); y verificar la modificación del riesgo por parte de AM Caedores que recibieron tratamiento preventivo.

Desarrollo: Componen la muestra 129 personas autónomas, caedoras y no caedoras, de la ciudad de Mar del Plata. La construcción del dato se realizó mediante un instrumento de evaluación por observación directa en la vivienda. Los datos se analizan, mediante una Escala de Presencia de Factores de Riesgo. (Alta – Media - Baja).

Los resultados muestran la presencia e interacción de FRA y FRC en distintas áreas, y condiciones (que según este estudio intervienen en la generación de 3 a 4 de cada 5 caídas hogareñas). Se han detectado dificultades, por parte del AM, en la identificación de los riesgos presentes mencionados; y que, aun cuando éstos son identificados, no necesariamente son modificados.

Las conclusiones de este estudio servirán de base para pautar e implementar la *re-educación* de hábitos y conductas en la *adaptación* de la vivienda como condición ineludible para prevenir caídas.

Palabras claves:

Anciano; accidentes por caídas; accidentes domésticos; factores de riesgo; prevención de accidentes

Abstract

Introduction: Falls are one of the most important geriatric syndromes; three out of ten older adults (OA) fall once a year, and more than 50% of these falls take

* Dirección de la autora / *Correspondence*
Arquitecta Mariana Lujan Yeannes.
San Lorenzo 2845 - Mar del Plata CP: 7600. Buenos Aires, Argentina.
Mail: mlyeanne@mdp.edu.ar

place in the home. The objective of the present study was to analyze the presence, interaction and involvement of environmental risk factors (ERF) and behavioral risk factors (BRF) for falls, in living spaces; and to verify whether modifications regarding risk factors had been implemented by older adult fallers (OAF) who underwent preventive treatment.

Development: The sample included 129 independent older adults, both fallers and non-fallers, from the city of Mar del Plata. Data were collected using an assessment tool, through direct observation in living spaces. The data were analyzed by applying a scale of Risk Factor Presence (High - Medium - Low).

The results showed that ERF and BRF were present and interacted in different areas and under certain conditions (which according to the present study were involved in three to four of every five falls in the home). It was found that the OA had difficulties in identifying the risk factors presented and, even when such risks were identified, modifications were not necessarily implemented.

The conclusions from the present study will serve as a basis for defining and implementing *re-education* regarding habits and behavioral patterns, for *adaptation* of living spaces, as indispensable prerequisites for preventing falls.

Key words: Aged; accidental falls; accidents home; risk factors; accident prevention; housing

INTRODUCCION

El hábitat doméstico cobra una significativa relevancia en la vejez, constituyendo uno de los espacios más importantes de contención para los adultos mayores (AM), (Graham, 1990). Existen diferentes motivos, como los culturales (donde la vivienda adquiere fuertes connotaciones afectivas implicando la permanencia a través de los años sin prever necesidades futuras), y económicos (referidos al mantenimiento de la vivienda) que, entre otras razones, son la causa de que en un gran número de hogares, no siempre se cumpla con las mínimas condiciones de seguridad y adaptabilidad deseables que garanticen, en el uso cotidiano, la autonomía del AM.

Una de las principales consecuencias derivadas de esta circunstancia es la CAÍDA, de-

finida como “un accidente donde la persona se precipita al suelo o hacia otro nivel más bajo, produciéndose la misma con o sin pérdida de conciencia” (Calvo, 1997) constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en este sector de la población; tres de cada diez AM sufren una caída al año (Dominguez; Navarro; Cuesta; Roiz; Lazaro, 1997) y más del 50% de éstas caídas se producen en la vivienda (Falls and hip fractures, 2004). La significación de este evento en la población de AM deriva de la prevalencia que el impacto de una caída puede ocasionar, instalando una serie de consecuencias que van desde el orden físico: (susceptibilidad a los traumatismos, alta incidencia de fractura de cadera, lesiones, laceraciones, etc (Sattin, 1992 - Oliver, 1997)

hasta el orden psicológico – social: (síndrome post caída), (Salva, 1997).

Se sabe que las caídas no ocurren por una única causa, sino que intervienen en el episodio distintos factores de riesgo (Marcellan; Mesa, 1997), éstos han tenido diversas clasificaciones, mayoritariamente se los reconoce como factores intrínsecos y extrínsecos al huésped (Mesa; Marcellan, 1997).

Recientemente, se ha ampliado la clasificación de los factores de riesgo, con el objetivo de plantear una mayor interrelación entre los mismos, reconociendo tres grandes dominios:

Los **Factores de Riesgo Personales (FRP)** determinados por los procesos patológicos que predisponen a la caída, como así también a los cambios físicos y mentales asociados con la edad y no con la enfermedad (disminución de la agudeza visual, disminución del umbral vibratorio y táctil, trastornos en la marcha, etc.)

Los **Factores de Riesgo Ambientales (FRA)** determinados por las características o circunstancias pertenecientes al medio físico, que van acompañados de un aumento de la probabilidad o riesgo de que ocurra la caída. (pisos resbalosos, alfombras sueltas, iluminación inadecuada, escalones inadvertidos)

Y finalmente los **Factores de Riesgo Conductuales (FRC)** determinados por las actividades o elecciones de las personas que pueden alterar el mecanismo de balance y favorecer la caída. (se incluyen en esta definición

los hábitos personales que involucran el modo de realizar la actividad: uso de calzado inadecuado como chinelas, etc.). (Connell; Wolf, 1997).

La discusión actual dentro de la comunidad científica, se centra en la identificación de los factores de riesgo presentes e intervinientes en las caídas. Los estudios más sólidos son aquellos que han indagado respecto de la incidencia de los FRP. Sobre la incidencia de los FRA y FRC en las caídas hogareñas, existen en el ámbito internacional estudios con distintos abordajes metodológicos, que presentan aparentemente resultados positivos: Algunos de ellos consisten en evaluaciones de viviendas de AM independientes, para la instalación de programas de modificaciones de factores de riesgo estandarizados, con el objetivo final de verificar en un ensayo controlado la incidencia posterior de caídas (Cameron; Kurrles; Cumming, 1996).

Otro tipo de investigaciones han utilizado enfoques de tratamiento de conductas con posterioridad a una evaluación de la seguridad ambiental (Gillespie et al, 1998), demostrando que las intervenciones de comportamiento en relación con la modificación de riesgos ambientales (junto con otra intervención basada en el examen selectivo) reducen significativamente las estadísticas del número de personas que sufren caídas.

También se ha analizado la efectividad de las metodologías utilizadas en programas educacionales preventivos de caídas como práctica para la prevención de los factores

intervinientes, Las conclusiones de diferentes estudios demostraron, que las personas que realizan un programa de prevención de caídas están dispuestas a realizar cambios conductuales y adaptaciones económicas en su hogar. (Ryan; Spellbring, 1996)

La consideración de estas investigaciones para un estudio futuro radica en el vasto aporte al conocimiento de la problemática que involucra a los FRA y FRC, como así también al estudio de los diferentes abordajes metodológicos de la cuestión. Sin embargo, advertimos que si bien los resultados de algunas de las investigaciones muestran una efectividad en los programas o tratamientos abordados, notamos la ausencia de especificidad en cuanto a la incidencia de FRA y FRC en las caídas hogareñas, y verificamos además, la ausencia de determinaciones de la incidencia individual e interrelacionada de dichos factores en cada circunstancia específica de la vivienda.

En nuestro país, en base al rastreo de información realizada, hemos encontrado solo un programa a nivel nacional de prevención primaria de accidentes domésticos realizado en 1993, llevado a cabo por el PROSAI (Programa de Salud Integral) y el INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados). Donde se relevó un alto porcentaje de AM con caídas y sin conciencia de los factores de riesgos.

Es en el ámbito local, de la ciudad de Mar del Plata donde se registraron tres investigaciones que destacan la prevalencia de caídas en la población y la alta intervención

de los factores ambientales y conductuales en dicha incidencia.

En la primera de dichas investigaciones *Caídas Domiciliarias en los Adultos Mayores Caedores* (Carazza, 1999), el 91% de las caídas presentaron un factor de riesgo extrínseco interviniente de tipo ambiental (agua en el piso, chinelas y desniveles). Los lugares identificados como de mayor incidencia de caídas fueron: el patio, el baño y el dormitorio.

La segunda investigación, *Factores Intervinientes en las Caídas Domiciliarias de los Adultos Mayores* (Colavito; Serano, 1999) con el objetivo de caracterizar el perfil del adulto mayor caedor en función de la interrelación de los principales factores de riesgo, se determinó que cuando los factores de riesgo conductuales se presentan en un nivel de riesgo bajo, se disminuye notablemente la posibilidad de caer, aun cuando sean altos los niveles de riesgo personales y ambientales.

En la última de las investigaciones locales (Irazabal, 1999), los factores intervinientes en las caídas fueron en más del 80% FRA (pisos resbaladizos, escalones). Los lugares donde se produjeron más caídas fueron el dormitorio, el patio, y el baño, coincidiendo con la primera de las investigaciones locales, respecto de los lugares de la vivienda con más prevalencia de caídas, y el predominio de FRA como intervinientes en las mismas.

Si bien las investigaciones locales en relación a las internacionales parecen más específicas en la determinación de los FRA y FRC presentes en el hogar, en la recopilación

de datos, carecen, en lo que a relevamiento de factores de riesgo se refiere, de la observación directa del fenómeno, en el lugar específico.

Esta limitación parece recurrente en los diferentes estudios analizados, si bien los riesgos presentes en el hogar han sido extensamente calificados y categorizados, muchos de los datos obtenidos son mediante interrogatorios, presentando dificultades para comparar resultados a través de estudios, además de limitar la información disponible para estudios base. (Roumec; Pasantino, 1998)

Finalmente diremos que la principal crítica está focalizada en la manipulación de instrumentos utilizados para identificar la presencia de factores de riesgo en la vivienda, careciendo principalmente de la evaluación observacional de los diferentes factores de riesgo.

Asumiendo este déficit, la presente investigación pretende analizar de manera observacional en una población de adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata:

¿Cuál es la presencia e interacción de los FRA y FRC en los diferentes ambientes de la casa? detectando ¿Cuáles son los factores intervinientes en el episodio de caída? Además se pretende identificar el grado de conocimiento y modificación de los factores de riesgo en las viviendas de AMC que han se-

guido un tratamiento preventivo de caídas, en el Servicio de Medicina Preventiva (S.M.P)*

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trabajó con una Muestra Base de 129 personas mayores de 65 años, habitantes de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, que viven autónomamente. Las observaciones se realizaron directamente en las viviendas de los adultos mayores. Dichas observaciones fueron realizadas por encuestadores integrantes de un equipo interdisciplinario que trabajó particularmente en la recolección de datos.

Se seleccionó primeramente una muestra de adultos mayores caedores (AMC) (n:67; 51.9%) entendiéndose como tales a *aquellas personas hayan sufrido dos o mas episodios de caídas en un mismo año, independientemente del lugar de la misma*. El 86.4% de los AMC incluidos fueron evaluados para el tratamiento en el Servicio de Atención para la Tercera Edad (S.A.T.E), de éstos el 69.7 % concluyó el tratamiento y el 16.7% no lo terminó.

Las personas que hayan realizado el tratamiento en el S.A.T.E se las considera advertidas respecto de los factores de riesgo, aquellas personas que no completaron el tratamiento, también se las considera advertidas de los factores de riesgo ya que la

* El Servicio de Medicina Preventiva (S. M. P) responde institucionalmente al Hospital Privado de Comunidad (H.P.C) de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. El objetivo general de este servicio es mejorar la calidad de vida de los ancianos implementando programas que abarquen los tres niveles de prevención (primarios, secundarios y terciarios) Las actividades se realizan a través de tratamientos programados con un abordaje grupal e interdisciplinario. Dentro de los seis programas que se desarrollan se encuentra el de *Hospital de Día* que contiene los grupos de CAÍDAS, al cual acuden aquellas personas derivadas por su medico de cabecera.

educación para la prevención de los mismos, se dicta en el comienzo del tratamiento.

Se consideró una muestra similar en número de viviendas de adultos mayores no caedores (AMNC), (n:62; 48.1%) considerando como tales aquellas personas que no hayan presentado más de una caída durante el último año; dichas personas fueron voluntarias y no tenían motivaciones particulares vinculadas con los resultados de la investigación. El 87.1% de los AMNC no realizaron tratamiento en el S.M.P. Se presume que estas personas no están advertidas de los factores de riesgo en el hogar.

Se trabajó además con una sub-muestra de 88 casos que permitió controlar posibles desajustes de la muestra base.*

Sobre la muestra y el uso de pruebas de Significación Estadística

Respecto del sexo de los encuestados existe un predominio de mujeres (caedoras 88%; no caedores 74%), ésta preponderancia femenina en los episodios de caídas es ya habitual en este tipo de estudios, y en el caso particular de la población en análisis.

No podemos aportar datos desde la perspectiva de la propensión diferencial de las mujeres a sufrir caídas respecto de los hombres, por cuanto nuestra metodología de selección

de lo casos no nos lo permite, pero se sabe que ésta propensión mayor de las mujeres es un dato estudiado en otras investigaciones. (Rozenfeld; Camacho; Veras, 2003)

Otra de las características poblacionales importantes a considerar es la edad de los entrevistados. Se sabe ya que con el aumento de la edad crece la propensión a protagonizar episodios de caídas. Resulta entonces importante verificar que ésta propensión diferencial se ve reflejada en la población total encuestada. Los cuatro grupos de menor a mayor edad (65-70, 71-75, 76-80 y +de 80) van registrando porcentajes crecientes de caedores: 37%, 42%, 62% y 66% sucesivamente.

Es en este marco en el cual debe interpretarse el alcance limitado que tiene la mención de pruebas de significación. Cuando se expresa que la mayoría de las diferencias porcentuales no resultan significativas a la luz de la distribución chi-cuadrado para el nivel 0,05, sólo se está interpretando que, dentro de un diseño muestral probabilístico, diferencias porcentuales de la magnitud de las encontradas en este estudio carecerían de significación estadística. Como el procedimiento de selección de las unidades analizadas no responde a este tipo de diseño, el valor de estas pruebas *es solo indicativo del orden de magnitud de las diferencias que serían dables esperar para poder conjeturar que, las viviendas de "caedores" y "no caedores" presentan diferencias en*

* Sub-muestra; en la muestra original se encontraron casos de AMC donde los episodios de caídas no habían ocurrido en la vivienda sino en la vía pública. Del mismo modo, se hallaron casos de AMNC con una caída en la vivienda. Para eliminar subjetividades respecto de estos casos pudiendo perjudicar el estudio base, se realizó y analizó una submuestra donde se excluyeron los casos mencionados obteniendo una muestra total de 88 casos. Las pruebas realizadas a ambas muestras no mostraron diferencias, ni incongruencias entre sí. Es decir, que los resultados no variaron ni sustantiva, ni significativamente, procediendo finalmente a operar con la muestra base.

cuanto a la presencia de determinados factores externos de riesgo. Además, bien se sabe que, el hallar diferencias significativas por aplicación de la prueba, sobre una muestra no probabilística, no autorizaría en modo alguno a aseverar que se está ante diferencias con un determinado grado de probabilidad de ser ulteriormente confirmadas. La referencia al resultado de estas pruebas sólo cabe ser tomada en cuenta en el sentido expresado más arriba y queda contraindicada a todo otro propósito.

Selección de variables e indicadores:

El criterio para seleccionar las variables fue determinar áreas y condiciones de la vivienda que comprometieran diferentes actividades cotidianas, concentrando simultáneamente indicadores de factores de riesgo ambientales y conductuales.

Dentro de la vivienda se consideraron como ambientes observables: el estar, el dormitorio, el baño, la cocina, y el espacio exterior.

Las variables se distribuyeron de la siguiente manera: factores de riesgo ambiental (FRA) y conductual (FRC) en las áreas de guardado, en las áreas de circulación y en las condiciones de iluminación de los diferentes ambientes mencionados. Se realizó también un análisis particularizado de las mismas variables en el baño.

La selección de los indicadores de riesgo para las áreas y condiciones determinadas, fue conforme a tres relevamientos de datos: Primeramente se consideraron aquellos indicadores de riesgo ambientales y conductuales, utilizados en un instrumento de evaluación ambiental estandarizado (Home Environment Survey (HES),* diseñado específicamente para identificar de una manera estándar y cuantitativa, peligros ambientales de la vivienda. Posteriormente se recopilaron aquellos indicadores utilizados en las investigaciones locales mencionadas en la introducción donde se trabajó con interacción de FRA y FRC, y por último se consideraron factores ambientales y conductuales incidentes en caídas, registrados en las historias clínicas de caedores asistentes al S.A.T.E en el periodo de la investigación.

Método de recolección de datos. Implementación

Como método se utilizó el instrumento de evaluación ambiental mencionado. Home Environment Survey (H.E.S.) diseñado por Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, U.S.A. La evaluación está instrumentada en una encuesta observacional, permitiendo el registro de los factores de riesgo en la vivienda del AM.

Al tratarse de una técnica predeterminada, fue preciso realizar una serie de adaptaciones

* El instituto Center for Disease Control diseñó el instrumento de medición denominado Home Environment Survey (HES). a continuación se detallan los autores y sus respectivos lugares de investigación dentro del instituto antes mencionado: Andrew L. Baughman, Richard W. Sattin, Carolee A. DeVito, Donna L. Ragland, Sandro Bacchelli and Judy A. Stevens. Uno de los autores del H.E.S el Dr Sattin proveyó al equipo de investigación el protocolo de la encuesta, las definiciones y validaciones correspondientes a la misma.

que permitieran la correcta implementación de las variables e indicadores seleccionados, las adaptaciones fueron efectuadas por un quipo interdisciplinario* que se encargó de la traducción y definición de la terminología a utilizar en el ámbito local.

En la etapa previa a la implementación, se completó la encuesta original, incorporando variables e indicadores necesarios para este estudio que no estaban especificados, se previó dentro del formato una posible comparación con los resultados de la encuesta original.

Construcción de la Escala de Presencia de Factores de Riesgo. Cuadro 1

CUADRO 1 – Escala de presencia de factores de riesgo de caídas (en % de viviendas)

Escala a nivel global	Escala com 8 categorías		
BAJA			
presencia del factor (0 a 37,5)	B (-)	Muy baja presencia del factor	0 a 12,5
	B	Baja presencia del factor	12,6 a 25
	B (+)	Relativamente baja presencia del factor	25,1 a 37,5
MEDIA			
presencia del factor (37,6 a 62,5)	M (-)	Presencia media baja	37,6 a 50
	M (+)	Presencia medial alta	50,1 a 62,5
ALTA			
presencia del factor (62,6 a 100)	A (-)	Relativamente alta presencia	62,6 a 75
	A	Alta presencia del factor	75,1 a 87,5
	A(+)	Muy alta presencia del factor	87,6 a 100

Se ha elaborado especialmente una escala de ocho intervalos, que permite dos niveles de lectura. En un nivel “global” los porcentajes de viviendas que presenta cada factor de riesgo en estudio se agrupan en tres categorías, y en un nivel de lectura más sensible, las categorías de porcentajes bajos y altos se subdividen en tres categorías cada una, en tanto la categoría intermedia se subdivide en dos categorías.

Esta escala de ocho categorías, permite mantener un buen nivel de precisión a nivel evaluativo sin pérdida de información, a más de permitir el reagrupamiento para su lectura global.**

RESULTADOS

Los resultados se analizaron en tres etapas conforme a los objetivos planteados:

* El equipo interdisciplinario encargado de las adaptaciones técnicas está conformado por las Terapistas Ocupacionales Betina Roumeç, Mariana Serrano y Marisol Colavito, el Arq. Horacio Rigone, María de la Paz Temperley, la Psicóloga Inés Canale, el Sociólogo Jorge López y la autora del trabajo, dicho equipo, conforma el Grupo de Investigación “Hábitat y Comunidad para la Tercera Edad” Facultad de Arquitectura Urbanismo y Diseño en la Universidad Nacional de Mar del Plata dirigido por el Arq. Juan Manuel Escudero.

** Es importante aclarar, que dicha escala solo muestra la presencia del riesgo en porcentajes de viviendas, categorizando en función de la cantidad de veces que se presentan los indicadores seleccionados en las diferentes áreas y condiciones del hogar, en ningún momento dicha categorización valoriza el factor de riesgo presente.

Etapa 1. Muestra los resultados de la presencia e interacción de los FRA y FRC en las diferentes áreas y condiciones de la vivienda. 1 Áreas de Guardado, 2 Áreas de Circulación, 3 Condiciones de Iluminación, 4 Área de Baño. Previamente se describen las implicancias de los indicadores utilizados en cada caso.

Etapa 2. Se identifican los factores intervinientes en las caídas.

Etapa 3. Se determinó el grado de conocimiento y modificación de los factores de riesgo en las viviendas de AMC con tratamiento en el Servicio de Medicina Preventiva (S. M. P) para lo cual, se analizaron primeramente las diferencias entre las viviendas de AM Caedores y No Caedores.

ETAPA 1. Presencia e Interacción de los Factores de Riesgo Ambientales y Conductuales en las diferentes Áreas de la Casa

1. Áreas de Guardado:

El termino área de guardado refiere a todos aquellos objetos de cualquier tipo de uso cotidiano, a los que las personas tienen acceso autónomamente. (tarros / ollas, ropas, etc).

En el cuadro 2 aparecen los resultados de la presencia de riesgo en las Áreas de Guardado: Estos muestran que la percepción del AM sobre la dificultad de alcance en las áreas de guardado, es levemente menor al registro de riesgo relevado por los encuestadores. Existiendo una alteración en la percepción del riesgo real. En este caso los factores de riesgo conductuales y ambientales se encuentran de manera interrelacionada.

CUADRO 2 – Presencia de riesgo em las áreas de guardado. (total de viviendas)

Tipo de Factor	INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO	Presencia de Riesgo por Ambientes			
		Estar	Dorm	Cocin	Baño
Factor de Riesgo AMBIENTAL	Presencia de áreas dificultosas para ser alcanzadas (demasiado altas y/o demasiado bajas. según la percepción del Adulto Mayor.	M-	A-	A-	B+
	Presencia de áreas dificultosas estimada por los Encuestadores	M+	A	A	M-
Factor de Riesgo CONDUCTUAL	El adulto mayor se para sobre algo para alcanzar cosas del área de guardado	M-	A-	A-	B+

2. Áreas de Circulación

El área de circulación es toda área de piso que tenga una separación superior a 0.15mts desde las paredes o los muebles y con un ancho suficiente para permitir el paso.

En el cuadro 3 aparecen los resultados de la presencia de riesgo en las Áreas de

Circulación: Estos muestran que en general los riesgos ambientales son bajos, sin embargo las alfombras presentes en el baño por pertenecer a un ambiente esporádicamente húmedo se la considera una situación de incremento de riesgo.

CUADRO 3 – Presencia de riesgo em las áreas de circulación. (total de viviendas)

Tipo de Factor	INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO	Presencia de Riesgo por Ambientes			
		Estar	Dorm	Cocina	Baño
Factor de Riesgo AMBIENTAL	Presencia de agujeros em el piso	B-	B-	B-	
	Presencia de alfombra plegada	B	B-	B-	
	Presencia de alfombra sueltas	B+	B	B-	
	Presencia de cables sueltos	B-	B-	B-	
Factor de Riesgo CONDUCTUAL	El adulto mayor tiene desorden em el área de circulación	B	B	B-	B-
	El adulto mayor encera el piso	B-	B	B	B-
	Presencia de objetos sueltos	B-	B	B	B-

3. Condiciones de Iluminación:

Este punto indaga respecto de la presencia de riesgo derivadas de las condiciones de iluminación natural y artificial de la vivienda.

En el cuadro 4 aparecen los resultados de la presencia de riesgo derivadas de las condiciones de iluminación: En este cuadro se muestra como, los indicadores de factores de riesgo ambiental no se presentan como posible riesgo de caídas, por otra parte son los factores de riesgo conductual los que

apareen como incidente de riesgo. Descandose una independencia entre los factores conductuales y ambientales.

CUADRO 4 – Presencia de riesgo em las condiciones de iluminación. Total de viviendas

Tipo de Factor	INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO	Presencia de Riesgo por Ambientes			
		Estar	Dorm	Cocina	Baño
Factor de Riesgo AMBIENTAL	Presencia de interruptor peligroso	B-	B-	B-	B-
	Presencia de interruptor incomodo, mal ubicado	B	B-	B-	
	Presencia de resplandor o deslumbramiento	B+	B	B-	
Factor de Riesgo CONDUCTUAL	El adulto mayor entra a los ambientes sin acender la luz	B	B	B-	B-
	El adulto mayor no deja encendida una luz por la noche	A	A	A	A

4. Área de BAÑO equipamiento específico:

En el cuadro 5 aparecen los resultados del área de baño: estos muestran como existe una alta presencia de factores de riesgo ambiental, por la ausencia de adaptaciones mínimas.

Apesar de la baja presencia de riesgos conductuales, debemos considerar que el no uso de las adaptaciones, incrementa notablemente el riesgo de caída.

CUADRO 5 – Presencia de riesgo em el área de baño

Tipo de Factor	INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO	Presencia de Riesgo
Factor de Riesgo AMBIENTAL	Baños que no poseen barras em el baño	A
	Baños que no poseen barra em el inodoro	A+
	Baños que no poseen tapa de inodoro sobre elevada	A
	Baños que poseen bañera	A-
Factor de Riesgo CONDUCTUAL	El adulto mayor no coloca una alfombra antideslizante para bañarse	B+
	El adulto mayor tiene barra en el baño pero no la usa	B-
	El adulto mayor tiene y no usa la barra del inodoro	B

ETAPA 2. Identificación de los Factores Intervinientes en las Caídas por Ambiente

Las caídas ocurridas por ambiente fueron relevadas de manera cualitativa, identificando los riesgos presentes en el episodio, posteri-

ormente se categorizaron dichos riesgos cuantitativamente en FRA, FRC, FRP.

El Cuadro 6 muestra la incidencia de cada uno de los riesgos intervinientes en los episodios de caídas, distribuidos por ambiente, tomando la muestra base.

Cuadro 6 - Identificación de los factores intervinientes en las caídas. N° de caídas

AMBIENTES	FRC	FRA	FRP	Factores de riesgo sin especificar	Total
	Factor de riesgo Conductual	Factor de riesgo Ambiental	Factor de riesgo Personal		
Domitorio	11	1	1	1	14
Estar	5	3	2	3	13
Cocina	4	1	0	1	6
Baño	2	2	1	5	10
Esp. Ext.	5	2	3	4	14
TOTAL DE LAS CAÍDAS	27	9	7	14	57
% e cada Factor	47	16	12	25	100

Lamentablemente se han perdido el 25 % de las especificaciones de los episodios de caídas, existieron problemas en la correcta identificación de este indicador, fue complicado para los encuestadores determinar de manera efectiva los factores intervinientes en las caídas, resultando un amplio porcentaje de caídas sin especificar.

Del total de episodios de caídas casi la mitad (47%) esta originado por FRC, proporción que podría elevarse cercana a los 2/3, si la distribución de los casos sin especificar, se proyecta en forma proporcional.

Indicando la relevancia de los FRC sobre otros factores.

En un análisis por ambiente se nota que las caídas en el dormitorio y la cocina –ambientes en los que los factores sin especificar han sido mínimos- remarcan la preponderancia del FRC. Se analizaron las mismas variables en una sub-muestra integrada solamente por “caedores”.

Se mantuvo predominio de las conductas riesgosas como principal factor, pero en una proyección proporcional cedería parte de su

significación anterior para destacar la importancia de los FRA, los que podrían llegar a estar presentes en 1 de cada 4 casos.

En las caídas hogareñas los FRA Y FRC se hallan presentes en la generación de 3 a 4 episodios de cada 5, lo que indica la gran importancia que tiene la acción preventiva y correctiva orientada a controlar dichos factores.

ETAPA 3. Identificación del grado de conocimiento y modificación de los factores de riesgo en las viviendas de AMC con tratamiento en el Servicio de Medicina Preventiva S.M.P

Se trabajó sobre la hipótesis de que los AM Caedores, con tratamiento tendrían en sus viviendas menos factores de riesgo presentes, ambientales y conductuales, que los AM caedores sin tratamiento. Y que, por otro lado, los AM No Caedores no registrarían presencia de factores de riesgo en sus viviendas.

La disparidad entre la muestra de AM Caedores con tratamiento (86.4%) y sin tratamiento (13.6%) no permitió establecer una comparación confiable, que permitiera identificar comparativamente la presencia de riesgo entre las viviendas de ambas poblaciones.

Si pudo establecerse una comparación entre las muestras de viviendas de AM No Caedores con las de AM Caedores, para identificar diferencias significativas que puedan adjudicarle a una población por sobre la otra la presencia de riesgos registrada anteriormen-

te en la Etapa 1 (donde se analiza el total de la muestra).

Se revisaron todos los indicadores comparativamente entre ambas poblaciones encontrándose solo diferencias significativas (según el calculo de Chi cuadrado menor o igual a 0.05) en los ítem siguientes:

Circulación: umbrales en vanos de puertas general de toda la vivienda

Circulación desorden en el espacio exterior.

Estos ítems, son parte de las incorporaciones efectuadas al modelo original, ninguno de las incorporaciones fueron sometidas a estudios de confiabilidad, ni se calculo la estadística por peligro individual o por grupos de peligros, como sí ocurre en los indicadores originales de la encuesta, por lo cual se presta a la presunción que deberán tener un ajuste para otra implementación. Considerando que no existen diferencias significativas entre las viviendas de ambas poblaciones.

Un dato importante es rescatar que si bien, durante la implementación de la encuesta se pudo verificar mediante el relato de los encuestados, *un importante grado de conocimiento en cuanto a la identificación y concientización de los riesgos por parte de la población de AM con tratamiento. Notamos que los factores de riesgos estaban igualmente presentes* tanto en las viviendas de AM Caedores con tratamiento, como en las viviendas de AM No Caedores sin tratamiento, sin existir diferencias entre ambas.

Es decir que entender que los patines, o subirse a un banco, o encerar el piso, pueden llegar a constituir un riesgo para su vida, no significa que mañana deje de realizar esas actividades. *El conocimiento de los riesgos no motiva necesariamente el cambio de estos.*

DISCUSIÓN

La observación directa de los factores de riesgo ambientales y conductuales en las viviendas de los AM permitió obtener un registro contundente de los principales riesgos que allí se presentan. (Etapa1). Los resultados destacan tanto el grado de interacción entre ellos, (en el caso de las áreas de guardado y de baño , se combinan los factores de riesgo ambiental y conductual) Como la independencia entre factores (en las condiciones de iluminación, el riesgo se presenta únicamente por la presencia de factores conductuales, sin intervención alguna de los ambientales).

Seguramente, la ausencia de análisis respecto de los Factores de Riesgo Personal FRP parcializa las conjeturas respecto de la individualidad en la presencia de riesgos, pero es importante destacar que la combinación no es una condición preestablecida. sino que puede presentarse de manera independiente.

Respecto de los factores intervinientes en los riesgos de caídas (Etapa 2) parece contundente el predominio de FRC como incidentes de dicho episodio (47% de los casos), coincidiendo con los resultados de las investigaciones locales, mencionadas en la

introducción. Las dificultades encontradas por parte de los encuestadores para identificar algunas intervenciones de factores imposibilitaron en este trabajo asociar directamente los riesgos presentes con el factor interviniente.

En una segunda lectura analizamos que, en las áreas de guardado estudiadas, se demuestra como la percepción del riesgo es, en los AM, menor a la registrada por los encuestadores, ésta alteración en la percepción del riesgo, podría explicar la ausencia de medidas precautorias. Sin embargo pudimos verificar que los factores de riesgo eran identificados por los AM asistentes al programa implementado en el S.M.P (Etapa3) y aun así los mismos siguen presentes, y lo que sabemos respecto de modificar dichos riesgos, es que existe la intención pero no se concreta. Con lo cual la ausencia de modificaciones puede deberse a ambas situaciones: por un lado existe una *alteración en la percepción del riesgo real* y además existe una fuerte *resistencia al cambio*.

Finalmente, a partir de este trabajo adherimos a aquellas posturas que advierten que la adaptación del ambiente en la tercera edad no es una cuestión sencilla que pasa por acondicionar los requerimientos ambientales solamente. (Ceransky; Haertlein, 2002)

Es substancial para lograr modificaciones ambientales y conductuales significativas, considerar a la persona adulta que comprenda el riesgo y que participe de los cambios necesarios. Para ello es preciso una *re educación* de los hábitos y de las conductas existentes, entendiendo que las adaptaciones ambientales

dependen en gran medida de *re adaptaciones conductuales*.

Este estudio contribuye en encontrar respuestas y alternativas que disminuyan desde el ambiente y desde la persona la incidencia de caídas en las viviendas, algunos de los trabajos expuestos en la introducción elaboran conclusiones a partir de resultados meramente estadísticos, que si bien aportan a dimensionar el problema, en muchos casos no contemplan otras variables que involucran directamente al *sujeto que habita*, que vive.

Este trabajo pretende además de mostrar resultados cuantificables, considerar al sujeto como artífice principal en *la construcción del cambio*, es decir en la modificación de riesgos. Creemos que la única manera de conducir las acciones es desde el trabajo interdisciplinario y el propio sujeto.

NOTA

* Autora: Arquitecta Mariana Lujan Yeannes

Institución y Directores: Becaria Doctoral del Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (C.O.N.I.C.E.T) Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño. Centro de Estudios de Diseño. Grupo de Investigación Hábitat y Comunidad para la Tercera.

Investigación dirigida por el Arquitecto Juan Manuel Escudero y Co-Dirigida por la Doctora Diana Scharovsky

AGRADECIMIENTOS

Al director de la investigación Arq. Juan Manuel Escudero. A la Dra. Diana Scharovsky co- directora. Al Servicio de Medicina Preventiva de la ciudad de Mar del Plata. A la T.O. Bettina Roumec. Al Lic. Sociología Jorge López. Al asesoramiento del Arq. Fernando Cacopardo A los que participaron inicialmente en la investigación, A los que participaron en la recolección de datos.

REFERÊNCIAS

CALVO, J. J. Caídas en la comunidad y en instituciones. In: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Grupo de trabajo de caídas. *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. Madrid: Editorial Fundación Mapfre Medicina, 1997. p. 3-11.

CAMERON, I ; KURRELES, S.; CUMMING, R Preventing falls in the elderly at home: a community-based program. *Med J Aust.*, v. 165, n. 8, p.459-460, Oct. 1996

CARAZZA, Nava . *Caídas domiciliarias en los adultos mayores caedores*. 1999. Tesis (Doctorado) - Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional, Mar del Plata, 1999.

CERANSKI, S.; HAERTLEIN, C. Helping older adults prevent falls. *OT Practice Magazine*, American Occupational Therapy Association. v. 7, n. 13, p. 12-17, 2002

COLAVITO, M.; SERANO, M. *Factores intervinientes en las caídas domiciliarias de los adultos mayores*. Una propuesta de prevención secundaria Tesis (Doctorado) - Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional, Mar del Plata, 1999.

CONNELL, P.; WOLF, S. Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. *Arch. Phys Med Rehabil*, Atlanta, v. 78, 1997.

DOMÍNGUEZ, M.; NAVARRO, C.; CUESTA, F.; ROIZ, H.; LAZARO, M. Evaluación del riesgo de caídas. In: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Grupo de Trabajo de Caídas (Ed.) *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. Madrid: Editorial Fundación Mapfre Medicina 1997. p. 83-105.

FALLS AND HIP FRACTURES AMONG OLDER ADULTS. National Center for Injury Prevention and Control Hallado. Disponible en: <<http://cdc.gov/ncipc/factsheets/fall.htm>> Acceso en: 19 abr. 2004.

GRAHAM, R. Un lugar llamado hogar. In: CARTENSESN, Laura; EDELSTEIN, Barry (Ed.). *Intervención psicológica y social*. Barcelona: Ediciones Martines Roca, 1990. p. 173-180

GILLESPIE, L. D.; GILLESPIE, W. J.; CUMMING, R.; LAMB, S. E.; ROWE, B. H. Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford, Update Software, n. 3, 1998.

IRAZABAL, G. *El anciano, la ciudad y su entorno*. (Informe final de Beca de investigación inédita) Mar del Plata: Universidad Nacional. Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño. Centro de Estudios de Diseño. Grupo Hábitat y Comunidad para la Tercera Edad, 1999.

MARCELLAN, B.; MESA, P. Factores de riesgo en la comunidad e instituciones. In: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Grupo de Trabajo de Caídas (Ed.) *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. Madrid: Editorial Fundación Mapfre Medicina 1997. p. 33-43.

MESA, P.; MARCELLAN, T. Factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos. In: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Grupo de Trabajo de Caídas (Ed.) *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. Madrid: Editorial Fundación Mapfre Medicina 1997. p.15-31.

OLIVER, M. Consecuencias médicas: mortalidad y morbilidad de las caídas. In: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Grupo de Trabajo de Caídas (Ed.) *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. Madrid: Editorial Fundación Mapfre Medicina 1997. p. 47-67.

ROUMEC, B.; PASANTINO, L. *Definición y evaluación de la caída domiciliaria en la Tercera Edad*. (Informe de Investigación Inedito). Mar del Plata: Universidad Nacional. Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño. Centro de Estudios de Diseño. Grupo Hábitat y Comunidad para la Tercera Edad, 1998.

ROZENFELD, S.; CAMACHO, L.Y.; VERAS, R. Los medicamentos como factor de riesgo de caídas en mujeres mayores de Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. v.13, n. 6, p.369-375, 2003.

RYAN, J.; SPELLBRING, A. M. Implementing strategies to decrease risk of falls in the older women, *J Gerontol Nurs.*, v. 22, p. 5-31, 1996.

SALVA, A. Consecuencias psicológicas: síndrome post caídas. In: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Grupo de Trabajo de Caídas (Ed.) *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. Madrid: Editorial Fundación Mapfre Medicina 1997. p. 69-79.

SATTIN, R. Falls among older persons: a public health perspective. *Ann Rev Public Health*, Atlanta, p. 489-508, 1992.

Recebido para publicação em: 09/9/2005

Accito em: 05/12/2005

Uso do tempo no cotidiano de idosos: um método indicador do estilo e modo de vida na velhice

*Use of time in elderly people's daily lives: an indicator method for
lifestyle in old age*

Leonice Aparecida Doimo¹
Alice Moreira Derntl²

Resumo

A maioria do conhecimento sobre atividades diárias de idosos resulta de estudos da área de geriatria, principalmente sobre atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais da vida diária, com o objetivo de se determinar a necessidade de assistência e de intervenção quando o desempenho se torna insuficiente para uma vida independente. Diferentemente do binômio saúde-doença e das escalas de capacidade funcional, o estudo do uso do tempo considera a heterogeneidade do envelhecimento, analisando-o numa perspectiva multifatorial, enfocando o estilo de vida, a partir da constatação de que os estados físico, psicológico, social, cultural, mental e espiritual interagem, influenciando diretamente o bem estar, além de considerar a pessoa idosa não um agente passivo, mas parte ativa de seu contexto social. Os resultados podem direcionar a adoção de medidas preventivas através da interação de técnicas e métodos de trabalho de diferentes áreas do conhecimento, todas objetivando promover o melhor bem estar possível da pessoa idosa, retardando, enquanto possível, o surgimento de situações incapacitantes.

Palavras-chave:

envelhecimento;
idoso; tempo;
atividades cotidianas;
percepção social;
saúde holística;
promoção da saúde;
equipe de assistência
ao paciente

Abstract

Most of the knowledge about the daily activities of the elderly arises from studies in the field of geriatrics, particularly those on basic activities of daily living and instrumental activities of daily living. The aim of such studies has been to determine the need for care and interventions when performance becomes insufficient for independent life. Differently from the health-disease binomial and functional capacity scales, study of the use of time considers the heterogeneity of aging and analyzes it from a multifactorial perspective. It starts from the observation that physical, psychological, social, cultural, mental and spiritual states interact and directly

Correspondência / *Correspondence*
Universidade Federal de Viçosa - UFV - Departamento de Educação Física
Campus Universitário - 36570-000 Viçosa, MG - Brasil
E-mail: ladoimo@ufv.br / lady4@hotmail.com

influence wellbeing. It also considers that the elderly are not passive agents, but an active part of their social context. The results can direct the adoption of preventive measures through the interaction of techniques and work methods from different fields of knowledge. All these have the aim of promoting the best possible state of wellbeing for the elderly, and delaying the emergence of disabling situations when this is possible.

Key words: aging; aged; time; activities of daily living; social perception; holistic health; health promotion; patient care team

INTRODUÇÃO

A velhice é uma etapa do desenvolvimento do homem que requer tratamento diferenciado, pois pessoas idosas são, caracteristicamente, mais heterogêneas que grupos etários mais jovens. Promover saúde nesta população implica diagnosticar e estabelecer ações e meios para implementar, tanto quanto possível, todas as facetas da vida humana, bem como prevenir enfermidades e disfunções que se apresentam de forma mais prevalente, a fim de mantê-la o maior tempo possível com autonomia e independência, dois importantes indicadores de saúde para a pessoa idosa (OPS, 1994; BRASIL/PNSI, 1996). Atualmente, vêm-se destacando na gerontologia os estudos sobre uso do tempo, principalmente em países desenvolvidos, por levarem em consideração o universo biopsicossocial do idoso, mesmo na presença de deterioração ou incapacidades físicas (WAHL, 1998). Essa perspectiva se baseia na constatação que os estados físico, psicológico, social, cultural, mental e espiritual interagem, influenciando diretamente o estado de bem-estar e que o idoso não é um agente passivo, mas parte ativa dentro do contexto social (Silva; Varella, 1999; Kruse, 1999). Estudos sobre uso do tempo permitem levar em conta aspectos multifatoriais, cujos resultados podem

direcionar a adoção de medidas preventivas a serem aplicadas à população idosa ou seus subgrupos. A partir da obtenção de um quadro do modo como idosos de diferentes faixas etárias organizam sua vivência diária, tem-se inúmeros vislumbres de seus estilos de vida, bem como do processo de envelhecimento ao longo do tempo. Assim, priorizar em maior grau o envelhecimento, do ponto de vista biológico (como quando avaliado somente através do binômio saúde-doença) e reduzir ou excluir a importância do contexto físico e social, ao se analisar as manifestações da vida diária do idoso, significa ignorar as riquezas de informações que estão presentes e que são fontes de conhecimento valiosas para uma melhor compreensão do envelhecimento. Este é um fenômeno que tende a se tornar cada vez mais visível à sociedade e, para o qual se torna urgente criar programas e políticas específicos. Explorar o cotidiano do idoso em termos de planejamento de sua vida diária em relação ao tempo significa buscar entender a heterogeneidade do seu conteúdo, a significação e importância das atividades, deparando-se com sentidos, capacidades intelectuais, habilidades manipulativas, sentimentos, paixões e idéias do indivíduo interagindo – pois, segundo Heller (1985), a vida cotidiana é a vida do homem inteiro. O valor da informação sobre o uso do tempo reside no fato de que

tempo é um recurso fundamental não renovável e igualmente partilhado, pois todos possuem, indistintamente, as mesmas vinte e quatro horas num dia.

Uso do tempo

Dados sobre o modo como indivíduos usam seu tempo na execução das atividades diárias podem ser utilizados para responder a questões sobre uma ampla gama de assuntos – desde econômicos, sociais e psicológicos – constituindo-se, portanto, num instrumento de múltiplo uso. Contudo, sua aplicação é mais restrita a países desenvolvidos, onde o fenômeno do envelhecimento já se encontra incorporado, sendo praticamente desconhecida no Brasil, sobretudo no âmbito da gerontologia. O valor das informações sobre o uso do tempo reside no fato de que tempo, além de ser um recurso fundamental, não sofre influências culturais ou econômicas, sendo igualmente distribuído entre todos, independentemente do local ou condição de vida.

De acordo com Gershuny (1992), estudos dessa natureza fornecem a base para avaliar como pessoas empregam seu tempo, diária ou semanalmente, além de revelar detalhes da vida diária com uma combinação de especificidade e compreensão inviáveis através de outro tipo de pesquisa social. Isto é possível porque tempo, enquanto unidade básica de medida permite um grau maior de desagregação em relação a conceitos tradicionais de participação e não-participação em determinadas atividades (United Nations,

1979). O tempo fornece um quadro integrativo sobre o modo como atividades remuneradas, não-remuneradas, voluntárias, domésticas, sociais, educacionais, de lazer e de cuidados pessoais se encontram integradas na vida de diferentes populações ou grupos. Dados referentes à alocação do tempo podem ser utilizados para investigar uma infinidade de aspectos da vida humana (Fleming; Spellerberg, 1999; Joyce; Stewart, 1999). Um deles se refere ao estudo dos estilos e padrões de vida, com a finalidade de se verificar similaridades e diferenças nos padrões de uso do tempo. Nesse tipo de estudo, a quantidade de tempo livre e atividades recreativas e sociais são aspectos importantes do bem estar pessoal, sendo uma medida de qualidade de vida de determinada população. Tal medida se respalda na teoria da atividade, para a qual pessoas serão mais felizes e com maior grau de realização pessoal na proporção direta da quantidade e da qualidade de atividades que são capazes de manter ao longo do processo de envelhecimento (Manell, 1999).

Tempo e estruturação da vida diária

Envelhecer é um processo dinâmico no tempo e no espaço. Todas as pessoas interagem, diariamente, com objetos, com outras pessoas e com idéias que permeiam seu ambiente. Assim, pode-se falar numa ecologia do envelhecimento, um sistema de contínua adaptação, no qual o organismo e o ambiente mudam com o tempo, mas não ao acaso, já que o organismo ou o ambiente é capaz de iniciar um ciclo de ação ou de res-

posta. Portanto, pode-se esperar que, para diferentes competências pessoais e pressão ambiental, sejam obtidos como resultado diferentes tipos de comportamentos observáveis (Lawton; Nahemow, 1973).

Esses ciclos de ação e reação contínuos fazem com que a vida diária seja, em grande parte, heterogênea, sobretudo no que se refere ao conteúdo, significação ou importância das atividades realizadas. Fazem parte da vida diária a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e descanso, atividade social, o intercâmbio e a religiosidade (Heller, 1985). A heterogeneidade é um fenômeno que representa as diferenças entre os indivíduos, em função de suas distintas histórias de vida. É produto da interação entre história pessoal, personalidade e experiências sociais compartilhadas ao longo do tempo (Goldstein; Siqueira, 2000).

Apesar da atual riqueza de conhecimento sobre o envelhecimento e o idoso, muito pouco é conhecido sobre o cotidiano desse indivíduo, como diferentes pessoas em diferentes situações de vida investem seu tempo e como este se apresenta em termos de qualidade das atividades (Moss; Lawton, 1982; Verbrugge et al., 1996; Horgas et al., 1998).

A maioria do conhecimento disponível sobre atividades diárias dessa população resulta de estudos da área de geriatria, mais especificamente sobre atividades básicas e instrumentais da vida diária, a fim de se determinar a necessidade de assistência e quando um nível de desempenho se torna insuficiente para uma vida independente (Katz et al., 1963).

Porém, no dia-a-dia, pessoas selecionam atividades nas quais investirão tempo e atenção a partir de uma ampla variedade de atividades possíveis. A soma dessas escolhas retrata o dia vivenciado, um reflexo das prioridades e objetivos imediatos permeados pelo aspecto motivacional. Por outro lado, refletem também a medida de oportunidades e impedimentos de natureza variada que podem incentivar ou cercear a participação em certos tipos de atividades como também influenciar na estruturação do dia.

A vida cotidiana, em seu nível mais básico, é regida por três princípios universais, que formam a base para a participação nas atividades: primeiro, cada pessoa tem apenas 24 horas num dia; segundo, não se pode estar em dois lugares diferentes simultaneamente; terceiro, não há como se mover instantaneamente de um lugar a outro (Hanson; Hanson, 1993). Dessa forma, tempo e espaço representam a influência mais básica interferindo na estruturação das atividades diárias. Contudo, a vida diária não se limita apenas à dimensão do tempo e espaço. Ela é influenciada pela dimensão social no sentido de que expectativas sociais, normas e padrões também influenciam o modo de escolha das atividades. Em outras palavras, o dia representa uma unidade de tempo permeada pelos contextos físico (locais de ocorrência das atividades) e social (parceiros sociais) os quais criam oportunidades e restrições para a ocorrência de comportamentos ou atividades.

Em geral, todas as atividades humanas observáveis podem ser agrupadas como ocorrendo em três grupos principais de ativi-

dades. O primeiro e maior deles inclui todas as atividades produtivas, necessárias para gerar energia para a sobrevivência e conforto. O segundo grupo inclui as atividades de manutenção, tanto as dedicadas ao cuidado com o corpo, como aquelas relacionadas com a manutenção e organização das posses materiais. O tempo restante é o tempo livre ou lazer e constitui o terceiro grupo.

Outro ponto de vista classifica as atividades diárias em atividades obrigatórias e atividades discricionárias (Moss; Lawton, 1982). Atividades obrigatórias são aquelas necessárias para a sobrevivência pessoal, recaindo sobre elas maior teor restritivo do que opções de escolha. No campo geriátrico muitas vezes são denominadas atividades básicas da vida diária (Katz et al., 1963) e atividades instrumentais da vida diária (Lawton; Brody, 1969). Em conjunto, esse grupo inclui atividades rotineiras, familiares, constituindo-se em hábitos necessários para a sobrevivência e, portanto, universais. Essa universalidade implica poucas diferenças individuais, mesmo em relação a vários fatores como o cultural e econômico. O aspecto motivacional, cultural e as oportunidades também interferem nos modos de desempenho destas tarefas. Contudo, tais influências são mais relevantes para com as atividades instrumentais, onde a habilidade de execução é avaliada pelo desempenho em relação ao ambiente real, principalmente para o idoso, ao invés de um conjunto previamente estabelecido e desejado de habilidades ou comportamentos observáveis.

Já atividades discricionárias são aquelas escolhidas pela pessoa e que envolvem afeto,

conhecimento, prazer e interesse, sofrendo, portanto, grande influência de inúmeros fatores como idade, cognição, nível socioeconômico, dentre outros (Lawton et al., 1986). Equivalem a um componente de competência diária, especificamente competência expandida, o qual exige um nível básico de cognição e domínio de conhecimentos específicos para a solução de problemas que se apresentam diariamente (Baltes et al., 1993). A escolha de atividades dentro dessas duas categorias pode ser influenciada pela saúde do indivíduo, pelas oportunidades ou restrições impostas pelo meio social – idade, grau de instrução, renda, estado civil, dentre – e também o próprio ambiente (Branch et al. 1989). Em conjunto, podem atuar como barreiras ou facilitadores do grau de participação nas atividades cotidianas. Um meio ambiente com ampla gama de oportunidades faz com que o idoso se envolva num maior número de atividades. Assim, intervenções ambientais são fatores potentes para influenciar a aquisição de novos comportamentos, mesmo em idades avançadas. Grimley-Evans (1984) menciona que vários agravos e incapacidades apresentados pelos idosos que vivem em diferentes ambientes e com estilos de vida também diferentes, não resultam de fatores biológicos e/ou genéticos, mas de fatores socioeconômicos e culturais. Sem dúvida, uma abordagem mais qualitativa atribuindo mais importância às características sociais, culturais e econômicas desse grupo é fundamental para se compreender melhor os comportamentos observáveis dessa população.

Postula-se que o aumento do bem-estar do idoso deveria ser o argumento-chave das

campanhas e políticas públicas de incentivo ao aumento das atividades (Schnohr et al., 2005), significando aumentar seu deslocamento e relacionamento entre vários ambientes. O uso do tempo mostra os diferentes modos de utilização do ambiente por parte das pessoas, constituindo medida de espaço psicológico, fisiológico e social. Para trafegar livremente pelo ambiente e engajar-se em inúmeras atividades, uma boa condição de saúde se faz necessária (Albert, 2000). Assim, o uso do tempo também pode refletir um estado de saúde já que esta pode limitar e mesmo alterar as proporções do dia gastos em diversas tarefas bem como a utilização do espaço físico.

Também o uso do tempo pode ser visto como indicador de competência comportamental e bem-estar psicológico, levando em consideração os efeitos das limitações funcionais (Moss; Lawton, 1982). Neste sentido, a alocação do tempo possui vários determinantes, incluindo as oportunidades ambientais, personalidade, eventos particulares que podem ocorrer ocasionalmente e saúde funcional, podendo considerar o uso do tempo como um indicador de estilo de vida.

A descrição da estruturação da vida diária dos idosos em função do uso tempo e a influência de outras variáveis sobre o engajamento em atividades fornecem um primeiro vislumbre sobre a competência diária desses indivíduos, refletem diferenças em termos de estilos de vida e podem fornecer a chave para aumento na qualidade de vida dessa população, na medida em que apontam para

possíveis áreas que demandem necessidade de intervenção (Moss; Lawton, 1982).

Importância dos estudos sobre uso do tempo com indivíduos idosos

Resultados de estudos sobre uso do tempo com idosos podem ser utilizados para verificar o modo de vida de diferentes grupos, diferentes idades, etnias, de indivíduos com deficiências específicas, de mudanças comportamentais e de saúde ao longo do tempo, de adaptações frente ao processo da aposentadoria e da continuidade do trabalho após a chegada da mesma, de solidão, dentre outros. Estudos dessa natureza podem captar mudanças nos modelos de atividade ao longo do tempo, os quais podem fornecer informações valiosas sobre o bem-estar do idoso para uso no desenvolvimento de ambientes sociais adequados. Também pode ser aplicado a cuidadores formais e informais, com o intuito de assegurar uma melhora contínua dos serviços prestados por esses profissionais e também das relações entre cuidador e idoso (Ujimoto, 1990).

A ocorrência de grande número de doenças guarda relação direta com o que as pessoas comem e bebem, com suas atividades diárias, seu ambiente físico e social (Rose, 1992). Em se tratando do envelhecimento, pode-se inferir que características genéticas, juntamente com condições ligadas à qualidade de vida influenciam o estilo de vida da pessoa idosa. Por sua vez, o estilo de vida interfere no processo de envelhecimento orgânico e este, em

contrapartida, provoca alterações no estilo de vida. Constatou-se que um estilo de vida mais ativo e saudável na velhice pode levar a um processo de “desaceleração” do envelhecimento fisiológico (Hubert et al., 2002), condição necessária para um envelhecimento bem-sucedido (Rowe; Kahn, 1987), e para um desempenho adequado na dimensão comportamental, conforme modelo de qualidade de vida proposto por Lawton (1983). Assim, assuntos relacionados ao bem estar físico, psicológico e social estão entre as prioridades das políticas de saúde, educação, trabalho e seguridade social voltadas às pessoas idosas (Neri, 2001).

Classificações de atividades para estudos de uso do tempo

Muitos países conduzem, com frequência, pesquisas sobre uso do tempo. Vários sistemas de classificação e suas respectivas codificações têm como base a estrutura original desenvolvida no estudo de Alexander Szalai, na década de sessenta (Stinson, 1999), segundo o qual as atividades são tipicamente organizadas em grupos de comportamentos observáveis, mutuamente exclusivos, de modo a cobrir todos os aspectos da atividade humana. A partir de uma análise lógica de uso do tempo, identifica-se três dimensões inseparáveis para a relação tempo-atividade: 1) a própria atividade (ou ação), significando o comportamento observável; 2) onde ela é realizada, significando o local ou contexto físico e 3) na presença de quem ela é realizada, significando a interação ou contexto social.

Essa constatação permite estabelecer uma tipologia, composta por quatro categorias de tempo: 1) tempo necessário, utilizado na execução de cuidados pessoais; 2) tempo contratado, relacionado às atividades de emprego remunerado e educação regular; 3) tempo comprometido, relacionado às atividades obrigatórias e 4) tempo livre, que permanece após a exclusão dos três primeiros tipos (Stinson, 1999). Assim, pelo fato de se reportarem à mesma fonte de origem, as classificações partilham inúmeras similaridades porque todas as atividades humanas podem ser colocadas dentro de uma das quatro definições já mencionadas. Em linhas gerais, cada classificação é constituída por grupos principais de atividades ou grupos primários, codificados com um dígito. Juntos, englobam todos os aspectos da atividade humana, a saber: 1 - cuidados pessoais; 2 - emprego/ocupação; 3 - atividades educacionais; 4 - atividades domésticas; 5 - atividades de cuidados (crianças/adultos); 6 - aquisição de bens e serviços; 7 - trabalho voluntário; 8 - atividades sociais; 9 - recreação e lazer. Por sua vez, cada grupo principal engloba uma série de atividades relacionadas (atividades secundárias, codificadas com dois dígitos), em níveis mais detalhados e variados, podendo até existir subgrupos de atividades secundárias (codificadas com três dígitos). Essa variedade de atividades se torna responsável pelas diferenças entre as classificações existentes e se faz necessária porque deve contemplar atividades específicas da cultura de um país ou população e atividades sobre as quais se deseja obter conhecimento mais apurado.

Coleta de dados

As informações podem ser coletadas de várias formas: através de questões estilizadas, listas de atividades específicas, *beeper studies*, diários, dentre outras. Dentre elas, o diário, como o *Time Diary*, é um dos modos mais utilizados porque permite variações, conforme os objetivos do estudo. Cada variação possui vantagens e desvantagens que interferem na qualidade do resultado, devendo, portanto, ser levadas em consideração quando da realização da pesquisa.

Sobre o Time Diary

O *Time Diary* é um tipo de diário com perguntas estruturadas que pode ser deixado com o participante para que o mesmo vá anotando todas as atividades que realiza, desde o ato de acordar até o momento de se deitar, registrando-as, em geral, em intervalos de cinco minutos (Australian Bureau of Statistics, 1999). Pode-se aplicá-lo também sob forma de recordatório, onde o indivíduo deve recordar as atividades realizadas no dia anterior. O instrumento apresenta cinco campos com as seguintes perguntas: “Qual a atividade principal?”, “Para quem a atividade foi feita?”, “Que tipo de atividade fazia ao mesmo tempo?” (atividade secundária), “Onde você estava?” (contexto físico), “Quem estava com você?” (contexto social). Para classificar (organizar) todas as atividades mencionadas, adota-se uma classificação compatível com os objetivos do estudo.

É importante ressaltar que pesquisas sobre uso do tempo são complexas, com produção de grande volume de informações, o que exige tabulação correta dos dados e aplicação de recursos estatísticos adequados, principalmente quando aplicada a um grande contingente populacional. No entanto, o nível de complexidade da análise será ditado pelo pesquisador, conforme seus objetivos. Genericamente, a frequência das atividades (número de vezes que são mencionadas) dentro de cada grupo principal é multiplicada pelo intervalo de tempo de registro no diário, obtendo-se assim o tempo (em minutos) consumido na realização das mesmas. O somatório do tempo dos grupos principais de atividades, dividido pelo número de participantes, fornece a média do dia efetivo, também em minutos – ou seja, o espaço compreendido entre o acordar e o deitar-se. Como exemplo, a Tabela 1 apresenta os resultados obtidos em um estudo piloto sobre o uso do tempo de um grupo de idosas, utilizando o *Time Diary* e a classificação australiana. Em média, para cada uma das 75 idosas, o dia efetivo foi de 16h20 min. A tabela também apresenta a porcentagem do dia efetivo ocupado com a realização das tarefas dos nove grupos principais de atividades.

TABELA 1 – Frequência das atividades, distribuição do tempo e porcentagem do dia efetivo em relação aos grupos principais de atividades.

Grupos principais de atividades	Frequência das atividades*	Tempo(min)	% do dia efetivo
1 – Cuidados pessoais	2373	11865	16,2
2 – Emprego/ocupação	2016	10080	14
3 – Atividades educacionais	00	00	00
4 – Atividades domésticas	4830	24150	33
5 – Cuidados com crianças	39	195	0,2
6 – Aquisição de bens e serviços	246	1230	1,7
7 – Trabalho voluntário	93	465	0,6
8 – Atividades sociais	930	4650	6,3
9 – Recreação e lazer	3768	18840	26
Atividades não recordadas	291	1455	2
TOTAL	14586	72930	100

* - número de vezes que atividades pertencentes aos nove grupos principais foram mencionadas a cada intervalo de tempo (em min).

Com relação ao registro das informações, deve-se considerar que idosos podem apresentar alterações cognitivas ou incapacidades que se agravam com a idade e que se traduzem em problemas para anotar e/ou recordar, de modo eficiente, tudo o que foi vivenciado num determinado dia. Além disso, a anotação pode restringir-se às atividades mais significativas, perdendo-se muito do conteúdo diário. No estudo piloto, considerando-se as observações anteriores, o *Time Diary* foi aplicado sob forma de entrevista, recordando-se todo o dia anteriormente vivenciado, permitindo a intervenção do

entrevistador no sentido de auxiliar no recordatório. Isso permite incluir atividades esquecidas, devido à tendência para recordar atividades que foram mais importantes durante o dia.

Para garantir a veracidade das informações, recomendamos aplicar no dia da entrevista um teste de cognição como o *Clock Completion Test* (Watson, Arfken; Birge, 1993), para avaliar a capacidade cognitiva, utilizando os resultados como critério de inclusão/exclusão de participação. Dada sua rapidez, pode ser aplicado antes do início da mesma, pois,

para alguns idosos, o mesmo tem características de uma atividade lúdica. A simples visualização do resultado indicará se o pesquisador deve ou não investir tempo na entrevista e também sugerir o encaminhamento do idoso para uma avaliação mais detalhada com um profissional médico. Também devem ser descartadas entrevistas incompletas, que evidenciem informações equivocadas, que reconstituam menos da metade do dia e aquelas cuja maior parte das informações seja fornecida por acompanhantes, caso estejam presentes. A presença de doenças crônicas não deve ser considerada, uma vez que idosos podem adaptar-se às mesmas, podendo levar uma vida autônoma e independente.

Aspectos da vida cotidiana – breves considerações

Verifica-se que a vida, do ponto de vista biológico, é um processo automático. Contudo, viver extrapola a esfera da espontaneidade, na medida em que, se o indivíduo não assume a direção de sua própria vida, tem-se como praticamente certo que esta será controlada pelo mundo exterior. Assim, não podemos esperar que nos ajudem a viver e sim que descubramos como fazer isso por conta própria se almejamos uma vida autônoma e independente. Portanto, compreender a realidade do cotidiano, com todas as suas exigências e frustrações, pode contribuir para se alcançar de melhor qualidade de vida e um melhor gerenciamento da mesma. Uma visão puramente biológica da vida remete o homem à repetição de padrões

comportamentais, processando pouca quantidade de informação de cada vez. Ou seja, a grande maioria daquilo que ele experimenta precisa ocorrer num fluxo seqüencial, uma após outra.

Pode-se inferir que, em diferentes épocas e culturas, o que as pessoas fazem e por quanto tempo o fazem tem o crivo da similaridade. Em determinadas circunstâncias todas as vidas se apresentam de forma similar e com certos parâmetros fixados – ou seja, repouso, alimentação, interação e algum tipo de trabalho. Por outro lado, essas vidas podem ser divididas quanto ao gênero, categoria social e idade. Esses três aspectos determinam, em grande parte, o modo como pessoas vivem e o conteúdo específico de seus cotidianos (Csikszentmihalyi, 1999). O quadro se completa e assume tal complexidade quando se soma a questão da individualidade, a qual atribui ao homem uma mente própria, uma flexibilidade de consciência, tornando-o capaz de tomar decisões próprias, de aproveitar ou desperdiçar oportunidades e de vencer ou sucumbir às desvantagens da vida.

Viver significa estar constantemente experimentando, por meio de atos, sentimentos, pensamentos, dentro de um contexto e limites, sendo que toda essa experiência ocorre no tempo. Isto é o que faz dele o recurso mais escasso que o homem possui. Portanto, ter consciência de que tempo é o único recurso não-reciclável que se recebe pode interferir no padrão das atividades, porque o uso que se faz do tempo pode se tornar proporcional ao valor que o homem atribui à sua vida. O modo como o tempo é alocado é,

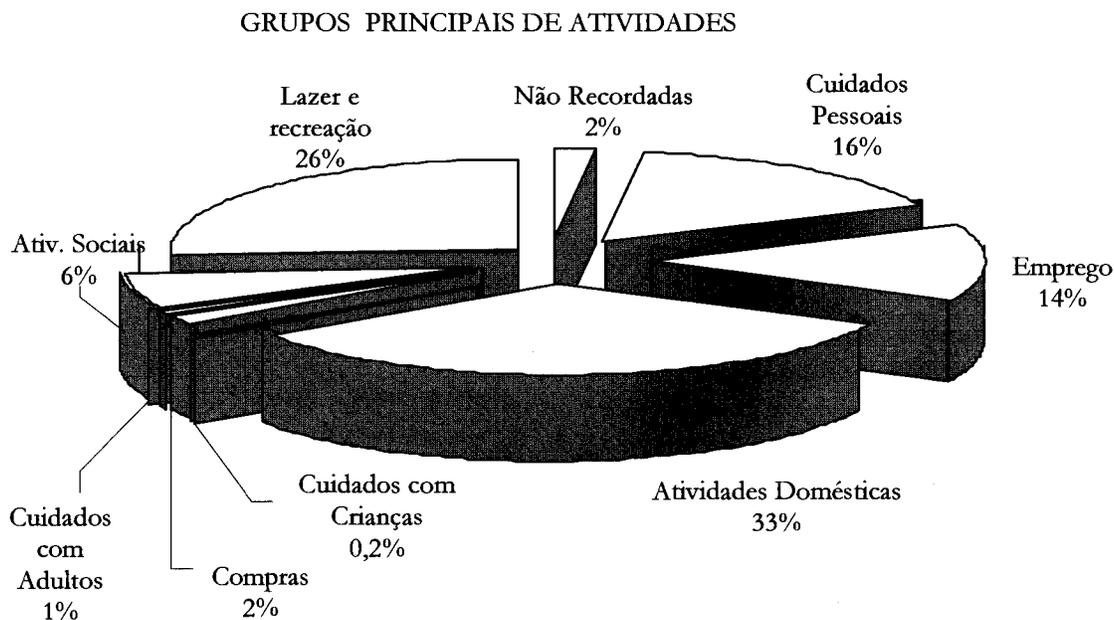
sem dúvida, uma decisão essencial na vida, e entender essa estruturação, através do grande número de respostas que um estudo de uso do tempo fornece, é importante na medida em que permite observar a forma e qualidade da vida cotidiana em grandes detalhes e com considerável precisão.

O desempenho nas atividades diárias, além de sofrer interferências da personalidade individual, pode estar associado à idade, gênero, incapacidades, presença de doenças crônicas, nível socioeconômico, estado civil, condições de moradia e infra-estrutura (Vaan den Hombergh et al., 1995). Em conjunto, todos estes aspectos contribuem para dar à vida cotidiana seu tom de diversidade e influenciam, em graus variados, a escolha e execução das atividades e, por conseguinte, o nível de

competência das pessoas. O modo de alocação do tempo não depende unicamente do indivíduo porque, como membro de uma sociedade ou cultura, ele está sujeito aos limites que se interpõem entre o querer e o poder fazer. Contudo, há espaço para escolhas e opções pessoais, onde o tempo está, de certo modo, sob total controle da pessoa. É dentro desse contexto que diferentes estilos de vida emergem e revelam muito do cotidiano.

Como mencionado, todas as atividades humanas podem ser agrupadas em grupos principais de atividades, as quais absorvem praticamente toda a energia psíquica. Uma análise dos grupos principais evidencia a distribuição dessas atividades e suas respectivas proporções, de acordo com a Figura 1, em um grupo de idosos.

FIGURA 1 – Distribuição percentual dos grupos principais de atividades em relação ao dia efetivo.



Observa-se que a maior parte do dia efetivo foi alocado na execução de comportamentos obrigatórios, necessários a uma adequada manutenção do viver, tanto do ponto de vista fisiológico quanto do aspecto organizacional do ambiente, representados pelas atividades domésticas e de cuidados pessoais. O fato de serem as atividades domésticas o grupo de maior frequência de atividades pode ser indicativo da herança cultural, onde à mulher cabe o papel de encarregada do trabalho de manutenção, enquanto ao homem recai o papel produtivo – impondo, assim, uma rotulação sexual para as tarefas domésticas.

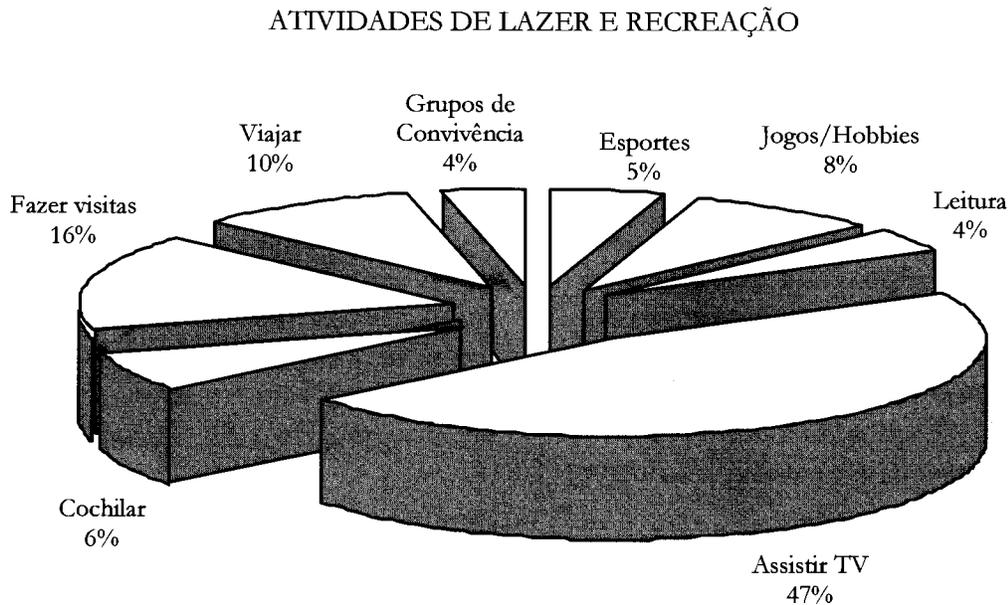
Apesar das facilidades tecnológicas, as idosas parecem dedicar uma grande parte do dia para impedir o colapso da infra-estrutura organizacional de suas famílias. À essas atividades obrigatórias somou-se o trabalho, uma atividade de caráter produtivo que objetiva uma vida com mais conforto e que permite criar oportunidades de novas experiências. O tipo e qualidade dessas experiências vivenciadas depende, primeiramente, do tipo de emprego, já que cada atividade implica menor ou maior investimento de atributos atencionais e emocionais. Quanto mais integrar sentimentos e emoções de forma harmônica, maior o envolvimento e mais positiva é a experiência – ou seja, quando há um senso de controle e desafios que correspondem às habilidades do trabalhador, maior é a importância do trabalho para a vida cotidiana.

Embora possa ser desgastante, o trabalho apresenta compensações. Além da remuneração, situações de desafio, junto com sentimen-

tos de concentração, criatividade e satisfação fazem do trabalho uma atividade intrinsecamente recompensadora. Isto porque todo trabalho tem metas e regras claras, além de oferecer retorno sobre o desempenho, informando se a tarefa foi bem-sucedida. Ter um trabalho, para muitas pessoas, pode significar um encorajamento à concentração, eliminando em grande parte as distrações. Quando ficam em casa com familiares ou sozinhas, muitas pessoas carecem de uma finalidade clara, não sabem de seus desempenhos e, muitas vezes, sentem que suas habilidades estão sendo subutilizadas, o que lhes impõe sentimentos de negatividade e inferioridade. Para os idosos, ter um trabalho ou uma ocupação que seja considerado essencial pode fazer com que se sintam necessários e integrados ao contexto de suas famílias.

Também se verifica que parte do tempo foi consumido em atividades de lazer ou recreação, atividades escolhidas pela própria pessoa e caracterizadas por envolver afeto, conhecimento, prazer e interesse, e também por sofrerem influência de inúmeros fatores. É durante o lazer que a pessoa pode se dedicar a seu desenvolvimento pessoal, em inúmeras atividades de aprendizado. Contudo, tal ideal quase nunca se realiza, pois é comum em nossa sociedade que o tempo livre seja ocupado em sua maior parte pelo consumo maciço de mídia, principalmente televisão, com pouco tempo dedicado às atividades mais exigentes em termos cognitivos. Ou seja, o tempo livre é em grande parte consumido sob forma de lazer passivo, conforme exemplificado na Figura 2.

FIGURA 2 – Distribuição percentual das atividades de lazer e recreação



Embora assistir televisão possa trazer algum tipo de informação interessante, em geral os programas vão mais ao encontro do deleite do que ao enriquecimento, ou seja, aquilo que a maioria das pessoas assiste dificilmente ajudará no desenvolvimento pessoal. O lazer passivo se torna um problema quando é usado como principal ou único meio para ocupar o tempo disponível. Na medida em que tal padrão se torna hábito, surte efeito definido na qualidade de vida como um todo. A gênese para ocupação do tempo livre com lazer passivo pode também passar pela questão da solidão, pois pessoas solitárias e insatisfeitas com vários aspectos de suas vidas podem vir a preencher seu tempo livre com este tipo de atividade. Isto é, não encontrar satisfação e motivação em alguns aspectos da

vida pode direcionar as experiências cotidianas para atividades pouco exigentes e dinâmicas.

Atualmente, a mídia tira, em parte, a capacidade do homem de realizar atividades interessantes que possam estar vinculadas ao aumento da auto-estima e do senso de sentir-se apto a empreender novos desafios e descobrir novas potencialidades, mesmo em idade avançada. Vale ressaltar o fato de que, para alguns idosos, muitas vezes o que se considera trabalho pode ser encarado como um lazer ativo, pois encontram em tais atividades um desafio significativo, que exige empenho e habilidade e, portanto, encontram prazer em executá-las. Lazer é algo subjetivo, porque depende do ponto de vista pessoal. Dessa

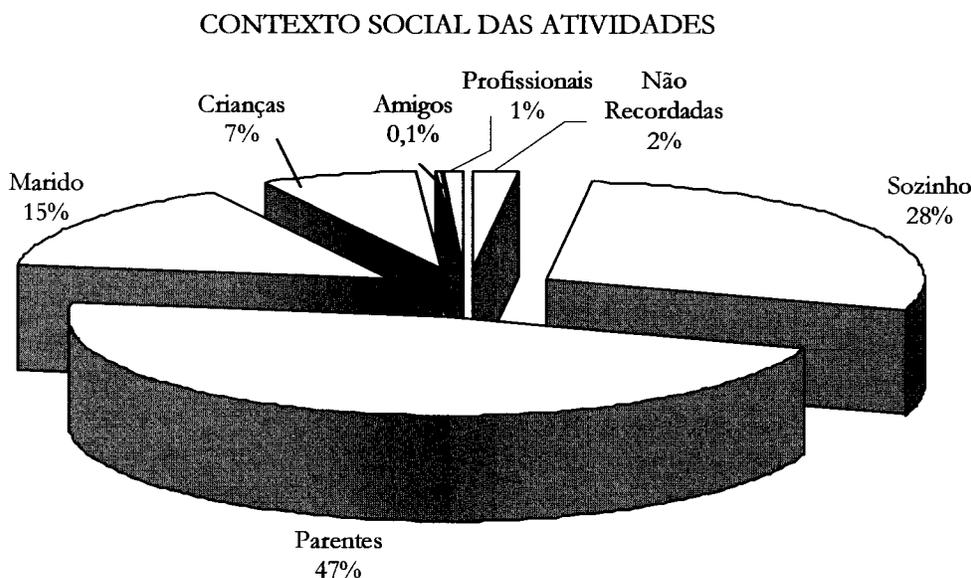
forma, muitas atividades ditas obrigatórias podem ser consideradas atividades de lazer por algumas pessoas.

Em termos de espaço físico, verifica-se que a vida cotidiana tem lugar em vários ambientes. Além das atividades e das companhias, o contexto físico também tem efeito sobre a qualidade com que se vivencia o dia-a-dia. Determinados espaços públicos podem facilitar ou restringir os comportamentos onde estes devem corresponder às expectativas sociais. Deve-se considerar que a própria casa, muitas vezes, se constitui em espaço de predileção única e que também seus diferentes

setores podem apresentar um perfil emocional peculiar, porque cada ambiente é destinado à execução de atividades diferentes, podendo gerar sensações diferentes. Assim, é de se esperar que muitos idosos se sintam seguros e confortáveis usufruindo integralmente do seu ambiente doméstico.

Outra característica principal da vida cotidiana é entrar e sair do estado de solidão, ou seja, o contexto social das atividades, pois a mesma não é somente definida por aquilo que se faz mas também por aqueles presentes durante a ação (Figura 3).

FIGURA 3 – Distribuição percentual do contexto social das atividades diárias



Estar só pode comprometer a motivação, concentração e auto-estima, implantando uma seqüência de estados negativos, como passividade, apatia e depressão. É provável que tal quadro se apresente com maior freqüência entre indivíduos com menores recursos materiais, educacionais, solteiros ou viúvos. A solidão, aliada a nenhuma atividade ou atividade rotineira, pode ocupar a mente com pensamentos deprimentes, pois não há objetivo válido no qual concentrar a atenção. Interagir com o outro, mesmo em situações simples, estrutura a atenção, devido às exigências externas ou seja – a presença do outro impõe metas e oferece um retorno do desempenho.

Relacionar-se melhora a qualidade de vida, pois, naquele com quem se partilha os problemas, se encontram estímulo e referencial de apoio emocional. A maioria das pessoas vive períodos de tempo distribuídos em contextos sociais distintos. Um deles é formado por estranhos, amigos ou colegas, e é neste espaço que os atos do indivíduo são avaliados pelos outros, onde se compete por recursos e onde é possível estabelecer relacionamentos de cooperação.

No estudo-piloto, o tempo partilhado com amigos ou outras pessoas foi menor em relação a outros parceiros sociais. Possíveis explicações poderiam ser que, neste tipo de situação, as exigências relacionais e os riscos seriam maiores, impondo talvez o medo de ser rejeitado pelo outro ou então a dificuldade em permitir a criação de um espaço para acolher o outro e suas diferenças. Mas é nesse tipo de convivência que se pode verificar

maior crescimento individual, pois de todas as coisas que normalmente o homem faz, a interação com os outros é a menos previsível.

A família forma o outro contexto social, em tese mais seguro, onde se estabelecem laços de proximidade e responsabilidade mútuos, indicando um relacionamento intergeracional presente e muito importante para o suporte do idoso, pois pode prover uma troca permanente de assistência entre seus membros. Já a solidão implica um modo de vida em que é necessário aprender a conviver, pois muitas vezes estar só não se constitui numa opção, mas sim algo “adquirido”, e adaptar-se a ela é fundamental para a qualidade de vida. A falta de amigos verdadeiros poderá se tornar um aspecto negativo de grande monta na velhice, na medida em que pode interferir diretamente na rede de suporte social, onde o amparo ou alguma assistência ao idoso por parte de pessoas próximas pode não ser possível. Neste sentido, concordamos com Volz (2000), para quem um aspecto fundamental do envelhecimento bem-sucedido é a necessidade de ter relacionamentos verdadeiros com outras pessoas, pois a qualidade dos mesmos pode influir diretamente na saúde física e mental do idoso.

CONCLUSÃO

Estudos sobre o uso do tempo permitem verificar, mesmo em pequena escala, a competência diária em diferentes ambientes, bem como diferentes estilos de vida, porque extrapolam o enfoque puramente clínico da existência humana. A partir de um diagnósti-

co das atividades diárias e do levantamento de quais atividades constituem fonte de maior prazer e realização, é possível fazer intervenções, coletivas ou personalizadas, com o objetivo de mudar os padrões de atividades, melhorando o bem-estar do indivíduo. Também uma abordagem mais qualitativa, que atribua mais importância às características sociais, culturais, econômicas e afetivas, é fundamental para se compreender melhor os comportamentos observáveis dessa população. Os resultados de um estudo amplo poderiam ser úteis para direcionar a elaboração de políticas públicas voltadas à população idosa, assim como apontar áreas em que a demanda por assistência e serviços é mais premente, com o objetivo de prevenir ou retardar a dependência nesses indivíduos.

NOTAS

- ¹ Doutora em Saúde Pública, Departamento de Educação Física - Universidade Federal de Viçosa, UFV/MG
- ² Doutora em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, USP

REFERÊNCIAS

- ALBERT, S. M. Time and function. In: RUBISTEIN, R. L.; MOSS, M.; KLEBAN, M. H. (Eds.) *The many dimensions of aging*. New York: Springer Publishing Company, 2000. p.57-67
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS *Time use survey, Australia*. Confidentialist unit record file (information paper). Canberra, 1999 (ABS Catalogue n° 415.0).
- BALTES, M. M.; MAYR, U.; BORCHELT, M.; MAAS, I.; WILMS, H. U. Everyday competence in old and very old age: an inter-disciplinary perspective. *Ageing and Society*, v.13, p. 657-680, 1993.
- BRANCH, L.G.; HOROWITZ, A. ; CARR, C. The implications for everyday life of self reported visual decline among people over age 65 living in the community. *The Gerontologist*, v.29, p. 359-365, 1989.
- BRASIL. Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan.1996.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. *A descoberta do fluxo: a psicologia do envolvimento com a vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- FLEMING, R.; SPELLERBERG, A. *Using time use data: a history of time use surveys and uses of time use data*. Wellington, New Zealand: Statistics New Zealand; 1999 (Catalogue n° 04.021.0098).
- GERSHUNY, J. *Time budget research in Europe*. Meeting of the Party on Social Indicators, 23 March, 1992 (Eurostat, Luxemburg, DOC E3/IS/5/92).
- GOLDSTEIN, L. L.; SIQUEIRA, M. E. C. Heterogeneidade e diversidade nas experiências da velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.) *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000. p. 113-124.
- GRIMLEY-EVANS, J. Prevention og age associated loss of autonomy epidemiological approaches. *J. Chron Dis*, v. 37, p.353-363, 1984.

- HANSON, S.; HANSON, P. The geography of everyday life. In: GARLING, T.; COLLEDGE, R. C. (Eds) *Behavior and environment: psychological and geographical approaches*. Oxford: Elsevier Science, 1993. p.249-269.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- HORGAS, A. L.; WILMS, H.U.; BALTES, M.M. Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist*, v.38, n. 5, p. 556-568, 1998.
- HUBERT, H. B.; BLOCH, D. A. ; OEHLERT, J. W.; FRIES, J. F. Lifestyle habits and compression of morbidity. *J.Gerontol Med Sci*, v. 57, n. A(6), M347-M351, 2002.
- JOYCE, M.; STEWART, J. What can we learn from time-use data? *Monthly Labor Review*, p. 3-6, Aug. 1999
- KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, A. B.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. *JAMA*, n. 21, p.94-99, Sept. 1963.
- KRUSE, A. ; WAHL, H. W. Social relationships. *Z. Gerontol Geriatr*, v. 32, n.5, p.333-347, 1999. Disponível em : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query>>
- LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well being in older people. *The Gerontologist*, v.23, n.4, p. 349-357, 1983.
- LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of day living. *The Gerontologist*, v. 9, p.179, 1969.
- LAWTON, M. P., MOSS, M.; FULCOMER, M. Objective and subjective uses of time by older people. *Intern. Journal of Aging and Human Development*, n. 24, p. 171-188, 1986.
- LAWTON, M. P.; NAHEMOW, L. Ecology and the aging process. In: EISDORFER, C.; LAWTON, M. P. (Eds.) *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 1973. p.619-674.
- MANELL, R. C. Older Adults, leisure, and wellness. *Journal of Laisurability*, v. 26, n. 2, p. 1-6, 1999.
- MOSS, M. S.; LAWTON, M. P. Time budgets of older people: a window on four lifestyles. *Journal of Gerontology*, v.37, n.1, p. 115-123, 1982.
- NERI, A. L. *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, S.P.; Alínea, 2001.
- ORGANIZATION PANAMERICANA DE LA SALUD. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington, DC: OPAS, 1994. (Publicacion Cientifica nº 546).
- ROSE, G. *The strategy of preventive medicine*. New York: Oxford University Press, 1992.
- ROWE, J. W.; KAHN, R. Human aging: usual and successful. *Science*, v. 237, p. 143-149, 1987.
- SCHNOHR, P.; KRISTENSEN, T. S.; PRESCOTT, E.; SCHARLING, H. Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time - The Copenhagen City Heart Study. *Scand J Med Sci Sports*, v. 15, n. 2, p.107-112, 2005.
- SILVA, M. J.; VARELA, Z. M. V. O conceito de adaptação na terceira idade: uma aproximação teórica. *Arq. Geriatr. Gerontol*, v.3, n.1. p. 25-29, 1999.
- STINSON, L. L. Measuring how people spend their time: a time-use survey design. *Monthly Labor Review*, p.12-19, August 1999.
- UJIMOTO, K. V. Time-budget methodology for research on aging. *Social Indicators Research*, v.23, p.381-393, 1990.
- UNITED NATIONS. *Progress report on the development of statistics of time-use*. Report of the Secretary-General to the Twentieth Session of the Statistical Commission 20 February -2 March 1979. (E/CN.3/519).
- VAN DEN HOMBERG, C. E.; SCHOUTEN, E. G.; VAN STAVEREN, W. A. ; VAN AMELSVOORT, L. G.; KOK, F.J. Physical activities of noninstitutionalized Dutch elderly and characteristics of inactive elderly. *Med. Sci. Sports Exerc.*, v. 23, n.3, p. 334-339, 1995.

VERBRUGGE, L. M., GRUBER-BALDINI, A. L.; FOZARD, J. L. Age differences and age changes in activities: Baltimore longitudinal study of aging. *J. Gerontol. B Psychol Sci Soc Sci*, v.51, n.1, p.S30-S41, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query>>

VOLZ, J. Successful aging: the second 50. *Monitor on Psychology*, v.31, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.apa.org/monitor/jan00/homepage.html>>. Acesso em jan. 2000.

WAHL, H. W. Everyday competence: a construct in search for an identity. *Z. Gerontol Geriatr.*, v.31, n. 4, p.243-249, 1998.

WATSON, Y. L., ARFKEN, C. L.; BIRGE, S. J. Clock completion: an objective screening test for dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 41, n. 11, p. 1235-1240, 1993.

Recebido para publicação em: 23/11/2005

Aceito em: 31/1/2006

Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA¹

Profile of family caregivers for ill and/or frail elderly people in the sociocultural context of Jequié-BA

Alba Benemérita Alves Vilela^{2,5}
Edméia Campos Meira²
Andréa dos Santos Souza²
Deusélia Moreira de Souza²
Isleide Santana Cardoso²
Edite Lago da Silva Sena^{2,3}
Lucia Hisako Takase Gonçalves⁴

Resumo

Pesquisa avaliativo-diagnóstica com objetivo de traçar o perfil do familiar cuidador do idoso foi desenvolvida em Jequié, BA, aplicando o QPFC para levantar as condições do cuidado, e o WHOQOL-Breve da OMS para avaliar a qualidade de vida. Uma amostra de 238 cuidadores foi selecionada de uma população de idosos cadastrados em todos os PSFs de Jequié, no período 2003/4. Resultados: quanto à percepção da própria saúde e qualidade de vida, os cuidadores atribuíram nível regular; estes, em sua maioria eram mulheres, embora participassem homens de diferentes idades (12,5%); a maioria atuava permanentemente como cuidadoras únicas em tempo prolongado por dez anos ou mais; elas próprias, de meia idade ou idosas, sofriam de doenças: HA, DM, osteo-articulares, com dificuldades econômicas, pois tiveram de deixar o trabalho remunerado. Os cuidadores não se aborreceriam na ajuda/dispensa de cuidados em face dos comportamentos repetitivos/queixumes constantes, ou cuidados de difícil realização, além de atribuírem-se como cuidadores por aceitarem a missão necessária, dignificante, como parte dos princípios morais e religiosos de obrigação familiar. Conclusão: cuidadoras desempenham funções em condições pouco favoráveis, embora se mostrem vocacionadas para o cuidado do idoso, o que impõe, por parte dos serviços de saúde, investimentos de suporte à família cuidadora.

Palavras-chave:

família; cuidadores;
idoso débil;
condições sociais;
Jequié-BA

Abstract

This evaluative-diagnostic survey with the aim of outlining the profile of family caregivers for frail or ill elderly people was conducted in Jequié, Bahia, by applying a Family Caregiving Profile Questionnaire (FCPQ) to gather information on health

Correspondência / *Correspondence*

Edméia Campos Meira
UESB/DS Rua Gonçalves da Costa, 128 45200-000 Jequié, BA - Brasil
Email: edmeiameira@yahoo.com.br

status and care conditions and the WHOQOL-Bref Questionnaire to evaluate the quality of life. A sample of 238 caregivers for the elderly population registered within the Family Health Program (PSF) in Jequié, during 2003/2004, was selected. Results: The caregivers' perceptions of health and quality of life were attributed a regular grading. Most caregivers were women, although men of different ages also participated (12.5%). The majority had been the sole long-term caregivers for periods of ten years or more. Most of them were themselves either middle-aged or elderly, suffered from illnesses (high blood pressure, diabetes mellitus and osteoarthritis), and had financial difficulties because they had had to abandon paid work. The caregivers did not get annoyed about helping and providing care when faced with repetitive behavior and constant complaining, or with difficult care activities. They also attributed the caregiver role to themselves through accepting that their mission was necessary and dignifying, and formed part of the moral and religious principles of family obligation. Conclusion: These caregivers performed their functions under unfavorable conditions. Nevertheless, they showed a vocation for caring for the elderly, and this requires investments in support for family caregivers, from the health services.

Key words: family; caregivers; frail elderly social conditions; Jequié-BA.

INTRODUÇÃO

Este artigo é parte do relatório de pesquisa de natureza multicêntrica realizada na cidade de Jequié-BA, sob os auspícios de convênio, com objetivo central de conhecer o perfil da família cuidadora de idosos doentes e/ou fragilizados, convivendo em diferentes contextos socioculturais.

A população idosa vem crescendo significativamente em números absolutos e relativos em todo o mundo. Embora seja ainda um país jovem, o Brasil vem demonstrando um perfil populacional do tipo de transição demográfica que sinaliza rápida mudança em termos de aumento vertiginoso do estrato idoso da população, representando hoje 8,3% do total (IBGE, 2000). Segundo projeções estatísticas, esse percentual se aproximará de 15% em 2025, aumento esse que representa, do ponto de vista da adoção de políticas pú-

blicas e sociais, solução de difícil alcance para contemplar adequadamente as peculiaridades emergentes desse estrato populacional, caso a questão não seja tomada a sério com antecipação. Integrando o contingente de pessoas idosas evidenciamos o fenômeno do prolongamento da vida, "viver até os 80 anos de idade nas últimas décadas já não é algo surpreendente" (Lavinsky et al., 2004). Contudo, à condição de longevidade associa-se a fragilização do envelhecimento humano, tornando o idoso vulnerável às diversas condições patológicas. No contexto brasileiro estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica, e destes pelo menos 10% com no mínimo cinco afecções concomitantes (Ramos, 2002). Desse modo, a prevalência de doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros contribuem para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando a necessidade de cuidados constantes.

Geralmente esses cuidados são prestados pela família e pela comunidade, sendo o domicílio o espaço sociocultural natural. No que se refere à família, o cuidado normalmente incide em um de seus membros, o qual é denominado cuidador principal por ser o responsável pelas necessidades de cuidado do idoso. Outros membros da família podem auxiliar em atividades complementares, daí serem chamados de cuidadores secundários (Yuasó, 2002; Wanderbroocke, 2002).

Diversos motivos contribuem para que uma pessoa se torne cuidadora principal, dentre os quais se destacam: a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; na condição de conjugalidade, o fato de ser esposo ou esposa (Caldas, 2002; Giacomini, 2005); a ausência de outras pessoas para o exercício do cuidado, caso em que o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas, na maioria das vezes, por força das circunstâncias; as dificuldades financeiras, como em caso de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca do sustento (Wanderbroocke, 2002).

Na maioria dos países, constata-se que ao longo da história o cuidado do idoso é exercido por mulheres. Em nosso meio, as cuidadoras são, principalmente, as esposas, as filhas e as netas. Esse fato pode ser explicado pela tradição de no passado as mulheres não desempenharem funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado dos mais velhos (Neri, 2002; Karsh, 2003). Contudo, essa realidade vem sendo modificada em função da inserção social da mulher, sua participação progressiva no mercado de trabalho e a redução das taxas de

natalidade e fecundidade (Caldas, 2002; Souza, 2005; Mazza, 2005; Nakatani, 2003; Garrido et al., 2004).

Os estudos em nosso meio apontam que, geralmente, as cuidadoras residem com o idoso, são casadas e, por isso, somam às suas atividades de cuidar as atividades domésticas, os papéis de mãe, esposa, avó, dentre outros, gerando um acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida dos cuidadores: social, físico, emocional, espiritual, enfim, contribuindo para o autodescuido e comprometimento de sua saúde global (Garrido et al., 2004; Mazza, 2005; Lacerda e Olinisky, 2005; Freire et al., 2004; Wanderbroocke, 2002; Meira et al., 2004).

Um dos aspectos que afetam o cotidiano da maioria dos familiares cuidadores é a dificuldade financeira da camada pobre da população. Muitos cuidadores estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso (Camarano, 2004).

Alguns estudos mostram também que o nível de instrução interfere de forma significativa no processo de cuidar de idosos, especialmente nos casos de portadores de demência, os quais necessitam de cuidados especiais e expõem o cuidador a estresse prolongado. Nesses casos, além de treinamento específico para lidarem com a situação de cuidar de outrem, os cuidadores precisam de suporte social para manter a própria saúde e poder cuidar de si mesmos. Não dispondo de tal

suporte, os cuidadores ficam expostos a riscos de adoecer, não pelo cuidado em si, mas pela sobrecarga a que são submetidos (Yúaso, 2002; Neri et al., 2002; Garrido et al., 2004; Karsch, 2003).

Embora a literatura atual sinalize as múltiplas características do familiar cuidador de idosos doentes/fragilizados no âmbito domiciliar, há ainda necessidade de explorar maiores conhecimentos, considerando que tais características tomam contornos diversos segundo as especificidades regionais do país.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritivo, de natureza diagnóstico-avaliativa com o propósito de traçar o perfil do familiar cuidador principal do idoso doente e/ou fragilizado, vivendo na comunidade em contexto domiciliar da cidade de Jequié-BA. O familiar cuidador do idoso, sujeito desta pesquisa, era aquele que cuidava do portador de quaisquer doenças crônicas, geralmente em comorbidade com outras, ou fragilizado em função das doenças ou do próprio avanço do envelhecimento, levando-o a um estado de incapacidade e dependência de outrem para os cuidados da vida diária. Buscaram-se os dados para o desenho do referido perfil por meio da aplicação de um Questionário de Perfil da Família Cuidadora – QPFC especialmente elaborado para o projeto. Tal questionário, subdividido em três partes, inclui na primeira: a identificação do familiar cuidador principal, destacando as variáveis sociodemográficas, o estado de saúde

e a qualidade de vida; na segunda: as características do estado de saúde do idoso em cuidado e necessidades e requerimentos envolvidos; na terceira, identificação do contexto da relação do cuidador com a pessoa idosa cuidada. Para avaliar a qualidade de vida, na coleta de dados foi adicionada a aplicação do WHOQOL – Breve (Fleck, 2006).

O Questionário do Perfil da Família Cuidadora de Pessoas Idosas-QPFC (Fratoni et al., 2004) foi elaborado pela equipe de pesquisa do GESPI (2006) e submetido a vários testes em diferentes contextos de aplicação. Sua construção teve base em diversas obras recentes (Alvarez, 2001; Ramos, 1992; Veras, 1994), na experiência da própria equipe e, especialmente, na “Encuesta a Personas Cuidadoras” aplicada em âmbito nacional pelo “Centro de Investigaciones Sociológicas” (CIS/IMSERSO, 1995), da Espanha.

A amostra, do tipo intencional, foi constituída de 238 familiares cuidadores selecionados de uma população identificada em todas as unidades básicas de saúde com PSF (Programa de Saúde da Família) do município de Jequié/BA, com exceção das unidades rurais, no período compreendido entre os semestres 2003/2 e 2004/1. A população idosa desse município representa 9,6% da total, 14.224 idosos em números absolutos (IBGE, 2004).

Em sua concepção geral para aplicação em multicentros, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e devidamente processado e aprovado, segundo as exigências da Resolução 196/96 do CNS do MS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidadores: situação sociodemográfica e estado de saúde

Dos 238 familiares cuidadores pesquisados, 87,5% eram do sexo feminino e 12,5% do sexo masculino.

Nas pesquisas nacionais de Rodrigues e Almeida (2005), Wanderbroocke (2002), Karsch (2003) e também no perfil de cuidadores de idosos do CIS/IMSERSO (1995), da Espanha, os dados continuam demonstrando que os cuidadores de idosos são predominantemente mulheres de meia idade. Contudo, vimos observando crescente participação de homens em diferentes idades, a exemplo deste estudo, no qual aparecem 12,5% de esposos, filhos e netos.

Semelhantemente a outros estudos locais referidos acima, verificou-se que 63,7% dos cuidadores eram casados; 26,2% separados, e 9,5% viúvos. Em relação à escolaridade, 32,5% eram analfabetos; 58,7% possuíam até quatro anos de escolaridade, e 0,4% dos cuidadores tinha nível superior.

Quanto à ocupação, a maioria dos cuidadores (81,2%) referiu não ter atividades extradomiciliares, dedicando-se ao cuidado do idoso e de outros membros da família, além dos afazeres domésticos, enquanto os demais 18,8% conciliavam atividades profissionais com o cuidado do idoso. Assim como na pesquisa de Wanderbroocke (2002), e Karsch (2003), nesta pesquisa também muitas cuidadoras foram instadas a deixar o trabalho

ou reduzir sua jornada para cuidar do idoso, que em geral exigia dedicação permanente.

Indagados acerca das doenças ou problemas de saúde que os afetavam, referiram a hipertensão arterial e alterações cardíacas como mais frequentes (21,2%) seguidas de problemas osteomusculares (12,5%), cefaléia (4,6%) e diabetes mellitus (4,2%). Ainda foi possível observar que 42,9% dos cuidadores referiam seu estado de saúde atual como regular; e 32%, como bom. Quando comparado esse estado ao de cinco anos atrás, 50,8% deles perceberam-no piorado; 29,5%, sem alteração; e 17,5%, melhorado. Ao compararem sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, a maioria dos cuidadores (43,3%) referia ser sua saúde melhor do que a delas; 35,4% não observaram diferença, e 20% avaliava seu estado de saúde como pior.

Embora apresentassem certo comprometimento de saúde, ao compararem-se com outros de sua idade os cuidadores referiram encontrar-se em melhor estado. Tal aspecto pode constituir-se em uma forma de ajustamento criativo para lidar com possível uma situação de ansiedade, provavelmente gerada pela diminuição dos vínculos familiar e social, por exercer a função de cuidador quase sempre de modo permanente, parecendo buscar uma valoração pessoal para obter maior reconhecimento social.

Ao avaliar sua qualidade de vida, constatou-se que os cuidadores de ambos os sexos e diferentes grupos etários consideraram o seu nível como regular (63%) com tendência para a insatisfação, conforme demonstram as tabelas 1 e 2.

TABELA 1 – Distribuição das respostas do cuidador, por nível de qualidade de vida e gênero. Jequié, 2004.

QUALIDADE DE VIDA												
	Insatisfeito		Pouco Satisfeito		Regular		Satisfeito		Muito Satisfeito		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GÊNERO												
Feminino	01	0.4	72	30.2	129	54.2	06	2.5	00	0.0	208	87.3
Masculino	00	0.0	09	3.8	21	8.8	00	0.0	00	0.0	30	12.6
TOTAL	01	0.4	08	34.0	150	63.0	06	2.5	00	0.0	238	99.9

TABELA 2 – Distribuição das respostas do cuidador, por nível de qualidade de vida e faixa etária. Jequié, 2004.

QUALIDADE DE VIDA												
Faixa Etária (anos)	Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Regular		Satisfeito		Muito Satisfeito		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 30	00	0.0	10	4.2	23	9.6	02	0.8	00	0.0	35	14.7
30/— 60	01	0.4	49	20.6	87	36.5	03	1.2	00	0.0	140	58.8
60 ou +	00	0.0	22	9.2	40	16.8	01	0.4	00	0.0	63	26.5
TOTAL	01	0.4	81	34.0	150	63.0	06	2.5	00	0.0	238	100.0

Quando avaliados em sua qualidade de vida pelo WHOQOL da OMS, os cuidadores revelaram resultados predominantemente em nível regular, coincidindo com os obtidos em saúde subjetiva, também regular, demonstrando que a qualidade de vida pode representar o estado de saúde das pessoas.

Cuidadores: situação do cuidado

Quanto à dispensação do cuidado, o estudo revelou que 83,3% dos cuidadores o desenvolviam de modo permanente, ou seja, dedicavam-se diuturnamente à atenção ao idoso, investindo cinco horas ou mais nas atividades de cuidado direto, como: ajuda na locomoção, auxílio ao banho, encaminhamento

ao banheiro para eliminação vesical em situações de incontinência urinária, ajuda no se vestir e despir-se, dentre outras.

Semelhantemente a outros estudos sobre o cuidador (Caldeira e Ribeiro, 2004; Wanderbroocke, 2002; Luzardo e Waldman, 2004; Garrido et al., 2004; Freire et al., 2004), este revelou também que o processo de cuidar do idoso doente e/ou fragilizado em contexto domiciliar pode desencadear o aparecimento de limitações na vida cotidiana do cuidador do idoso com conseqüente risco a sua saúde e bem-estar, o que pode ser observado na tabela 3.

TABELA 3 – Frequência de conseqüências advindas da tarefa de cuidar, segundo os cuidadores dos idosos. Jequié, 2004.

CONSEQUÊNCIAS	FREQUÊNCIA	
	n	%
1. Não poder trabalhar fora	67	27.8
2. Encontrar-se sempre cansado(a)	59	24.5
3. Ter de reduzir a jornada de trabalho	46	19.1
4. Sem conseqüências que afetam a vida	40	16.6
5. Não ter mais tempo para gastar com amigos(as)	39	16.2
6. Sentir a saúde piorada	38	15.7
7. Não ter tempo para cuidar-se	36	14.9
8. Aumento dos problemas econômicos	32	13.2
9. Não poder cuidar de outras pessoas	23	9.5
10. Redução do tempo de lazer	18	7.5
11. Não poder sair de férias	18	7.5
12. Ter de deixar o trabalho	13	5.4
13. Ter conflitos com o cônjuge	07	2.8

O número significativo de cuidadores que se dedicam de modo permanente, revelado neste estudo, ratifica dados de pesquisas anteriores (Wanderbroocke, 2002; Karsch, 2003). Cuidar de um idoso em tempo prolongado exige exposição constante dos cuidadores a riscos de adoecimento, pois principalmente aqueles que são cuidadores únicos assumem total responsabilidade, e com isso estão sempre sobrecarregados. Em se tratando de mulheres, estas acumulam diversos papéis como: de mãe, esposa e cuidadora de outros dependentes, dentre outros. Tal sobrecarga predispõe à condição de autodescuido, como se constata na resposta de 14,9%, dizendo não ter mais tempo para cuidar de si mesmos.

Na tabela 3 pode-se ainda verificar que 24,5% dos cuidadores encontravam-se cansados; 15% sem tempo de lazer, sem tirar férias, e 15,7% percebiam sua saúde piorada. Aliadas às conseqüências diretas à saúde do cuidador, outras de ordem econômica foram apontadas, como a necessidade de deixar o trabalho ou reduzir a jornada de trabalho em 24,5%, resultando em aumento dos problemas financeiros da família sinalizando o acúmulo de fatores geradores de estresse.

Dos cuidadores com dedicação permanente, 78,7% residiam com o idoso; 68,4% tinham outros dependentes além do idoso, como: filhos (as), netos (as) e parentes portadores de necessidades especiais.

As principais doenças que acometiam os idosos dependentes de tais cuidadores eram: hipertensão arterial (72,9%), outros problemas cardiovasculares (23,7%) e diabetes mellitus (16,6%). A maioria deles encontrava-se em idade média de 79,5 anos, eram viúvos (57,5%) e praticavam sua religiosidade (39,1%).

Diante dessa variedade de doenças crônicas, não bastam a disposição e a solidariedade dos cuidadores em assumir o cuidado em suas diversas dimensões; é fundamental que haja orientações básicas sobre as doenças que acometem o idoso e estratégias de cuidado conforme as especificidades de cada situação. Nessa perspectiva, o conhecimento do perfil dos cuidadores e dos idosos cuidados por eles é necessário para subsidiar os serviços de saúde no planejamento e na implementação da capacitação de cuidadores familiares.

O estudo mostrou também que 50% dos cuidadores não recebiam ajuda para o cuidado; e, dos que a recebiam (43,3%), era proveniente de familiares: filhos(as) do cuidador, netos(as) e bisnetos(as), cônjuges e outros. Desse modo, a convivência intergeracional tem-se mostrado positiva à medida que membros da família assumem o papel de cuidadores secundários, minimizando situação geradora de estresse sobre a cuidadora principal, especialmente quando o faz solitário e permanentemente.

Cuidador: relação com o idoso

Com relação aos comportamentos do idoso e cuidados do idoso nas atividades da vida diária (AVDs) como situações que podem ou não trazer constrangimentos, as respostas estão representadas nas tabelas 4 e 5.

TABELA 4 – Distribuição dos comportamentos do idoso e as respectivas respostas ao incômodo produzido. Jequié, 2004.

COMPORTAMENTO DO IDOSO	FREQUENCIA		PRODUZ INCÔMODO	
	n	%	n	%
Só reclama da situação	125	52.0	27	11.2
Come o que não deve	59	24.5	22	9.1
Junta coisas inúteis	68	28.3	20	8.3
Não se importa com a limpeza	58	24.1	18	7.4
Repete sempre as mesmas histórias	101	42.0	17	7.0
Não gosta de tomar banho	44	18.3	16	6.6
Esquece das coisas rotineiras, como tomar medicação	92	38.3	16	6.6
Alteração no sono	101	42.0	16	6.6
Chora freqüentemente	60	25.0	15	6.1
Agride verbalmente	67	27.9	12	4.9

Conforme se observa na tabela 4, os comportamentos apresentados pelos idosos, sejam eles repetitivos ou de queixas contínuas, em frequência relativamente alta; houve, em contrapartida, respostas de frequências relativamente baixas dos cuidadores, referindo que não se incomodavam nem se aborreciam com tais comportamentos dos idosos cuidados.

Embora aqui pareça que os cuidadores estejam afeitos ao cuidado dos idosos porque não se incomodam nem se aborrecem com os seus comportamentos, vale ressaltar questionamentos em alguns quesitos. Por

exemplo: com relação ao comportamento do idoso de não gostar de higienização ou de esquecer-se freqüentemente de tomar a medicação, até onde o não-aborrecer-se por parte dos cuidadores significa: conivência com o esquecimento e desejo do idoso, negligenciando o cuidado (Meira et al., 2004); ou, real paciência necessária e afetuosa de convencimento junto ao idoso para os efetivos cuidados terapêuticos e higiênicos?

A tabela 5, mostra os cuidados nas atividades da vida diária dos idosos que requeriam ajuda ou dispensa de cuidados pelos cuidadores.

TABELA 5 – Distribuição dos cuidados nas atividades da vida diária que necessitavam da ajuda do cuidador e suas respectivas reações de incômodo produzido. Jequié, 2004.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	FREQUÊNCIA		PRODUZ INCÔMODO	
	n	%	n	%
Vestir-se e despir-se	84	34.9	05	2.0
Ajudar a sair de casa para fazer compras	195	81.2	05	2.0
Deslocar-se e retornar: cama, cadeira	58	24.1	04	1.6
Ajudar a tomar banho	50	20.7	04	1.6
Ajudar a chegar ao banheiro em tempo	137	57.0	04	1.6
Ajudar a chegar ao banheiro em tempo no caso de incontinência urinária	127	52.8	04	1.6
Ajudar a pegar ônibus ou outra condução	183	76.2	04	1.6
Ajudar a caminhar/locomover-se	93	38.6	03	1.2

Apesar de serem freqüentes a necessidade de ajuda ou a prestação de cuidados pessoais diretos e íntimos aos idosos, as respostas dos cuidadores de não se incomodarem nem se aborrecerem em desenvolver tais cuidados deixam transparecer que esses cuidadores são

vocacionados para a tarefa do cuidar do idoso. Contudo, cabem aqui algumas indagações: o não se incomodar em ajudar a banhar o idoso, levar o idoso periodicamente ao sanitário, por exemplo, não poderia constituir-se em atitude de negligência do cuidador quan-

do este se dispõe a desenvolver tal cuidado somente quando lhe aprouver? Ou, não se incomodar em ajudar o idoso no deslocamento e apanhar uma condução, por exemplo, para ir à consulta médica e reabilitação: não poderia traduzir em uma inadequação no controle da saúde do idoso ao executar a tarefa somente quando houver recursos externos sem mobilização própria pessoal para tal exigência?

No contexto das relações cuidador-idoso, antes e depois da experiência de ser cuidador, os dados apontaram que as relações que eram de afetividade e intimidade mantiveram-se em 84%, e tornaram-se melhores ainda em 42%, como se vê tabela 6.

TABELA 6 – Distribuição de respostas do tipo de relação existente antes dos cuidados entre o idoso e o cuidador e a relação atual percebida. Jequié, 2004.

TIPO DE RELAÇÃO	n	%
RELAÇÃO ANTERIOR AO CUIDADO		
Normal, conforme o vínculo familiar	110	46.2
Grande intimidade e afeto	90	37.8
Distante / fria	30	12.6
Problemática / conflituosa	00	0.0
Outra forma	0.8	3.4
RELAÇÃO PERCEBIDA APÓS O CUIDADO		
Tem melhorado	100	42
Tem piorado	18	7.6
Segue igual	120	50.4

Acerca dos sentimentos de identidade do cuidador diante das atividades cuidativas junto ao idoso, os dados da tabela 7 revelam que a maioria percebe o cuidado como algo que o dignifica como pessoa ou como cumprimento de um dever moral e de princípios religiosos, satisfação pela manifestação de gratidão pelo idoso, reconhecimento da família

e da comunidade, embora seja pertinente destacar que alguns cuidadores são levados a assumir este papel por ser a única opção disponível.

TABELA 7 – Distribuição das afirmações com as quais os cuidadores se identificam em relação às tarefas desempenhadas no cuidado do idoso. Jequié, 2004.

MOTIVOS PARA SER CUIDADOR	n	%
É algo que me dignifica como pessoa	97	24.1
Eu considero uma obrigação moral	39	16.2
A pessoa cuidada é muito agradecida	39	16.2
Não há outro remédio senão cuidar	19	7.9
Apóio-me em minhas convicções religiosas	13	5.4
Minha família apóia e valoriza esse meu papel	12	5.0
É uma carga excessiva	10	4.1
Pessoas da minha roda acham que eu não deveria fazer esse sacrifício	09	3.7
O círculo de relações sociais valoriza os cuidados que prestei ao idoso	06	2.4

Tal constatação inicial está a merecer estudos de exploração mais aprofundada, uma vez que não tem sido comum nos estudos, com ressalva à pesquisa cultural de Budó (1994) na qual é ressaltada a valorização da mulher cuidadora pela comunidade de antecedentes culturais italianos, num contexto interiorano brasileiro. Há também a pesquisa de Sommerhalder, cujo objetivo foi descrever as avaliações cognitivas positivas e negativas informadas por cuidadores familiares de idosos dependentes, destacando entre os resultados os benefícios psicossociais do cuidar (Sommerhalder, 2001).

Não obstante os estudos, tanto internacionais (CIS/IMSERSO, 1995) como nacionais (Neri, 2002; Freire et al., 2004; Luzardo e Waldman, 2004; Wanderbroocke, 2002) conti-

nuarem mostrando que o cuidado ao idoso interfere de modo sombrio no viver do cuidador, resultando em sobrecarga e conseqüente estresse, este estudo apresenta uma faceta positiva, devendo esta ser estimulada, o que poderá contribuir para melhoria da auto-estima e, conseqüentemente, para mais saúde e bem-estar do cuidador.

Indagados quanto ao cuidado de sua própria velhice no futuro, os cuidadores responderam, em sua maioria (80,4%), que desejavam receber cuidados – na seqüência de maior para menor preferência – por filhas(os), seguido de outros familiares, mas sempre em âmbito domiciliar. Na impossibilidade de assim o receberem, aceitavam ser institucionalizados em serviço público do Estado ou obra social, mas sempre com a presença e atenção da família.

A atitude do cuidador que valoriza as relações afetivas, considerando o cuidado do idoso como necessário e natural, constitui-se em fator favorável na educação e na reeducação para a saúde e para os cuidados no envelhecimento com perspectivas de melhor instrumentalização desse cuidador.

Tornar-se cuidador(a) de um familiar idoso doente e/ou fragilizado, e com significativo grau de dependência, não pertence à ordem do saber, mas constitui uma experiência ambígua e impessoal. Por mais que se tente encontrar motivos, a explicação sempre será incompleta. Na obra *Fenomenologia da Percepção* Merleau-Ponty (1999) diz que a reflexão nunca pode fazer com que deixemos de pensar com os instrumentos culturais preparados por nossa educação, nossos esforços precedentes, enfim, nossa história. Vale dizer: diante da necessidade de cuidar do outro, a pessoa é conduzida por uma experiência coexistencial ligados aos vínculos e às marcas afetivas ou não afetivas com aquele a quem se dirige o cuidado. É uma experiência caracterizada por uma espécie de não saber de si, a qual é captada pelo sensível. Nessa perspectiva, Boff (1999, p. 33) enfatiza: *"cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro"*.

Sob esse olhar, a decisão de cuidar de um familiar idoso exprime o que há de mais essencial no humano que é aquilo que se diz dele, o Ser, e, em tal sentido, o cuidado é ontológico, ele é o próprio Ser. Esse olhar

permite compreender a resposta de muitos cuidadores da cidade de Jequié, contexto cultural interiorano, onde as pessoas estabelecem e mantêm vínculos afetivos e de gratidão e, mesmo em circunstâncias tão complexas como as situações que envolvem o ter que cuidar de um familiar idoso seriamente doente, o cuidador demonstra certo nível de satisfação e bem-estar. Muitos desses cuidadores já se encontram em idade avançada, sofrem de comorbidades crônicas, mas, ainda assim, sentem-se gratificados. No âmbito da maioria das famílias no contexto dos participantes deste estudo, o cuidado surge, como diz Bretas (2003, p. 300), *"quando a existência de alguém é significativa para mim, então me disponho a buscar formas para cuidar dela"*. Como os dados do presente estudo de perfil, cujo enfoque é mais de levantamento de situação de cuidado, as respostas dos cuidadores merecem outros estudos mais aprofundados, a fim de se obter não só uma explicação dos motivos por que os cuidadores jequienses sentem-se gratificados e com certa satisfação, mas para compreender mais ampla e claramente como esses sentimentos se mostram para eles.

CONCLUSÃO

- Os familiares cuidadores principais de idosos são primordialmente mulheres de meia idade, embora convenha destacar a participação de cuidadoras idosas cuidando de seus cônjuges idosos. Também merece menção a participação dos homens em diferentes idades, cuidando de idosos.

- Grande parte deles são cuidadores únicos, que além dessa função têm sob seus cuidados na família dependentes como: filhos(as), netos(as) e outros parentes portadores de cuidados especiais.
- Na situação de cuidado prevalece o cuidar de modo permanente (83,3%), de gasto diário de tempo com mais de 5 horas diárias, e em cuidado prolongado por dez ou mais anos (43,3%).
- Entre as conseqüências do cuidado, 47% dos cuidadores têm limitações na vida profissional, desde a redução na jornada de trabalho, até o seu abandono em 58%; queixa de falta de tempo dos cuidadores para se cuidar; convivência com conflitos; cansaço permanente e percepção de saúde piorada.
- No processo de cuidar em geral, os cuidadores não se aborrecem com os comportamentos e cuidados pessoais de Atividades de Vida Diária constrangedores, denotando adequação pessoal no cuidado do idoso, constatação evidenciada na resposta dada de haver relações afetivas normais, tanto antes como após o cuidado estabelecido junto ao idoso.
- Entre os motivos atribuídos pelos cuidadores em assumir a responsabilidade pelo idoso, destacam-se: “dignificação como pessoa”, “obrigação moral ou prática dos princípios religiosos”, “reconhecimento do próprio idoso com manifestação de gratidão”, “reconhecimento da família e da

comunidade”, e também como sendo a “única opção”.

- Quanto à expectativa de ser cuidado na velhice, 84,4% dos próprios cuidadores preferem ser cuidados por seus filhos e outros familiares, com destaque para que seja com carinho, e, sempre que possível, na sua própria casa.

NOTAS

- ¹ Pesquisa realizada na cidade de Jequié-BA como parte do projeto interinstitucional originado do Convênio CAPES/PQI: UFSC-PEN x UESB-DS.
- ² Professoras da UESB/DS, Jequié, BA, membros da equipe de pesquisadores do Convênio CAPES/PQI.
- ³ Doutoranda da UFSC/PEN, participante do Convênio CAPES/PQI.
- ⁴ Professora da UFSC/PEN – coordenadora responsável pelo projeto de pesquisa do Convênio CAPES/PQI – “Perfil da Família Cuidadora de Idosos Doentes e/ou Fragilizados”.
- ⁵ Professora da UESB/DS, coordenadora local (Jequié) do Convênio CAPES/PQI.

RECONHECIMENTO E AGRADECIMENTOS

À assessora estatística Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Modesto Nassar (UFSC/CEC).

À equipe de coleta e organização de dados do contexto de Jequié: Prof^ª. Rita N.S.O. Boery (coordenador local do Convênio PQI: 2002/2004), Prof^ª. Zenilda N. Sales, Prof. Eduardo N. Boery, Prof^ª. Isleide S. Cardoso, Prof^ª. Deusélia M. Souza, Prof^ª. Miralva F. B. Silva, Prof. Silvio Matos Filho, Prof^ª. Valéria Argolo, Prof. Valdir L. Moraes, Jaíne C. Silva (bolsista PIBIC/UESB/CNPQ), Carmelita C. S. Vasconcelos (bolsista FAPESB), Joalice A. Silva (bolsista FAPESB), Nicole Orosco Maciel (bol-

sista PIBIC/UFSC) e Fernanda Regina Vicente (bolsista IC/CNPq-GESPI/UFSC).

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A.M. *Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. Florianópolis: UFSC/PEN, 2001.
- BOFF, L. Cuidar da vida e da criação. In: BEOZZO, J.O. (Org.). *Saúde: cuidar da vida e da integridade da criação*. São Paulo: CESEP, 2002. p.89-108.
- BRETAS, A.C.P. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.56, n.3, p. 298-301, 2003.
- BUDÓ, M.L.D. *Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos*. 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria, 1994.
- CALDAS, C.P. Contribuindo para a construção da rede de cuidados trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 4, n.8, 2002.
- CALDEIRA, A.P.S.; RIBEIRO, R.C.H.M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arquivo Ciência Saúde*, v.11, n.2, p.2-6, 2004.
- CAMARANO, A.A. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004
- CIS/IMSERSO - Ministério de Trabajo y Asuntos Sociales de España *Cuidados en la vejez: El apoyo informal*. Madrid: IMSERSO, 1995. 2ª reimpressão em 1999.
- FLECK, M. P.A. (Coord.). *Versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998 – anexo: WHOQOL abreviado-versão em português*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 27 fev.2006.
- FRATONI, M.M; NASSAR, S.M; GONÇALVES, L.H.T. *Questionário de Perfil da Família Cuidadora – QPFC*. Software computacional. GESPI/UFSC, 2004.
- FREIRE, G.D. et al. Compreendendo o paciente gravemente enfermo e sua família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 25, n.3, p. 346-356, 2004.
- GARRIDO, R; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.
- GIACOMIN, K.C; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1509-1518, 2005.
- GESPI. *Grupo de Estudos sobre cuidado de Saúde de Pessoas Idosas*. Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. Disponível em: <<http://www.dpg.cnpq.br/buscacional/>>. Acesso em: 28 fev.2006.
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
- KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, maio/jun, 2003.
- LACERDA, M. R.; OLINISKY, S. R. Familiares interagindo com a Enfermeira no contexto domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n.1, p. 76-87, 2005.
- LAVINSKY, A.E.; VIEIRA, T.T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Maringá, Acta Scientiarum. Health Sciences*, v.26, n.1, p. 41-45, 2004.
- LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 26, n.1, p 135-145, 2004.
- MAZZA, M.M.P.R.; LEFÈVRE, F. Cuidar em família. Análise da Rep. Social da Relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 15, n.1, p. 1-10, 2005.

- MEIRA, E. C.; GONÇALVES, L.H.T.; SILVA, J. A .S.; SOUZA, A .S.; NERI, I.G. Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos sobre Envelhecimento*. v.7, n.2, p. 63-84, 2004.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 622p.
- NAKATANI, A . Y. K et al. Perfil dos cuidadores formais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.5, n.1, 2003. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista>>.
- NERI, A. L. et al. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A.L. et al. (Orgs.) *Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea, 2002, p. 165-201.
- RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p 72-78.
- RAMOS, L.R. et al. Profile of the elderly living in the community in the municipality of São Paulo in different household arrangements: the role of the multigenerational household. In: FAMILY Support for elderly in São Paulo. S. Paulo: SEADE, 1992.
- RODRIGUES, M. R.; ALMEIDA, R.T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio – um estudo de caso. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n.1, p. 20-24, 2005.
- SANTOS, S. M. A. *Idosos, família e cultura*. um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Alínea, 2003.
- SOMMERHALDER, C. *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- SOUZA, A . S. *O cuidado com idosos hipertensos: representações sociais de familiares*. 2005. 225 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- VERAS, R. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- WANDERBROOCKE, A.C.M.S. Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 33, n.2, p. 401-412, jul./dez. 2002.
- YUASO, D. L. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: NERI, A.L. et al. (Orgs.) *Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea, 2002. p 165-201.

Recebido para publicação em: 06/3/2006

Aceito em: 03/4/2006

Custo do Tratamento do Câncer Colorretal em Pacientes Idosos

Cost of Colorectal Cancer Treatment in Elderly Patients

Denizar Vianna Araújo¹
Alessandro Cirrincione²

Resumo

O tratamento do câncer colorretal tem evoluído dramaticamente nos últimos 15 anos. Avanços na cirurgia, radioterapia e quimioterapia têm possibilitado aos oncologistas curar mais pacientes e oferecer melhor qualidade de vida para os pacientes sem possibilidades de cura. O conhecimento específico do câncer colorretal em pacientes idosos, mesmo apresentando defasagem em relação ao tratamento de pacientes mais jovens, está começando a evoluir. Alicerçada pelo relato de ensaios clínicos recentes, a abordagem para o paciente idoso está mudando para um tratamento mais agressivo e multimodal. Os cirurgiões estão operando os idosos com mais frequência, com menor mortalidade operatória e maior taxa de sucesso. A sobrevida em cinco anos, após cirurgia potencialmente curativa, aumentou de 50% para 67%. A pesquisa com terapia adjuvante para o câncer colorretal está envolvendo cada vez mais pacientes idosos e tem proporcionado melhor entendimento do papel da quimioterapia no tratamento dos idosos, usados individualmente ou em esquemas terapêuticos multidroga. Estamos obtendo não apenas um entendimento mais claro da efetividade do tratamento do câncer nos idosos, mas a pesquisa está começando a identificar o custo-efetividade dos agentes quimioterápicos do tipo padrão e das drogas mais inovadoras para o tratamento do câncer colorretal.

Palavras-chave:

neoplasias colorretais; idoso; processos químicos; análise custo-benefício.

Abstract

The treatment of colorectal cancer has evolved dramatically over the last 15 years. Advances in surgery, radiotherapy and chemotherapy have enabled oncologists to cure more patients and offer improved quality of life to patients not amenable to

Correspondência / Correspondence:
Denizar Vianna Araujo
E-mail: denizarvianna@cpes.org.br

cure. Specific knowledge of colorectal cancer care of the elderly, while lagging behind the treatment of younger patients, is beginning to emerge. Informed by recent trials, the approach towards elderly patients is shifting towards more aggressive treatment and multimodal therapy. Surgeons are operating on the elderly with greater frequency, less operative mortality and greater success rates. Five-year survival following potentially curative surgery has risen from 50% to 67%. Research using adjuvant therapy for colorectal cancer is involving more elderly patients and with this has come greater understanding of the role of chemotherapeutic agents in the treatment of the elderly, used individually and within multi-drug regimens. Not only are we obtaining a clearer understanding of the effectiveness of cancer treatment among the elderly, but research is also beginning to identify the cost-effectiveness of both standard and more innovative chemotherapeutic agents for such treatment.

Key words: colorectal neoplasms; aged; chemical process; cost-benefit analysis.

Contexto clínico

O câncer colorretal é um tipo que engloba os tumores que atingem o cólon e o reto. O tipo histológico mais prevalente é o adenocarcinoma. É comum a presença de metástases para fígado e cavidade abdominal no momento do diagnóstico (até 30% dos pacientes), assim como recorrência da doença após ressecção cirúrgica do tumor primário (Midgley *et al.*, 1999).

O prognóstico da doença e o manuseio terapêutico estão relacionados ao grau de penetração do tumor na parede intestinal, presença de envolvimento de linfonodos regionais e metástases à distância. Essas características formam a base para o sistema de estadiamento desenvolvido para esta doença.

A ressecção cirúrgica do tumor em sua fase inicial permanece como a única terapia curativa para o câncer colorretal até momento.

A recidiva loco-regional é o principal problema após tratamento cirúrgico do câncer

retal e, comumente, seu evento final, determinando a morte. Ao contrário, no câncer do cólon, a principal causa de falha após cirurgia é a doença metastática sistêmica.

O seguimento desses pacientes após o tratamento inclui avaliações periódicas, que podem levar à identificação e à conduta adequada e precoce da doença recorrente.

Os três tipos principais de tratamento para câncer de cólon e câncer retal são cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Dependendo da fase do câncer, dois ou até os três esquemas terapêuticos podem ser combinados ao mesmo tempo ou de forma seqüencial.

A quimioterapia pós-cirúrgica costuma ser empregada neste tipo de câncer, alcançando resultados positivos, com aumento da sobrevida do paciente. Neste caso, é considerada uma terapia adjuvante. Entretanto, a quimioterapia também pode ser extremamente útil quando há metástases, como tratamento paliativo. A quimioterapia é realizada de forma sistêmica, sendo que o princípio ativo

mais empregado é o 5-fluorouracil combinado ao leucovorin (5-FU/LV), tradicionalmente usado em infusão contínua ou bolus.

Epidemiologia

O câncer do cólon e reto é a quarta neoplasia maligna mais incidente em ambos os sexos, mundialmente. A sobrevida global em cinco anos é de 40-50% e não são observadas grandes diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. É a terceira causa mais comum de mortalidade por câncer no Brasil, possuindo maior incidência na faixa etária entre 50 e 70 anos (INCA, 2003).

No Brasil, tem-se observado aumento consistente nas taxas de mortalidade ao longo das últimas décadas. Em relação ao número de casos novos, o câncer de cólon e reto se encontra em quinto lugar entre os homens, e quarto, entre as mulheres. Entre 1979 e 2000, as taxas apresentaram uma variação percentual relativa a mais de 76,7% entre os homens, passando de 2,44 / 100.000 para 4,32 / 100.000, e um acréscimo de 69% entre as mulheres, passando de 2,80 / 100.000 para 4,75 / 100.000 (Brasil, 2003).

Segundo as *Estimativas de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil*, publicadas pelo INCa, o número de casos novos previstos para o ano 2003 foi de 9.530 entre homens e de 10.535 entre mulheres. Os óbitos nesse mesmo ano, entre homens e mulheres foram, respectivamente, 3.700 e 4.270. A incidência de casos novos entre mulheres foi de 11,73 para 100.000 habitantes, e entre os homens

foi de 10,96 para 100.000. Para o país como um todo, o número de óbitos no ano 2003, entre homens e mulheres foi, respectivamente, 3.700 e 4.270, correspondendo a taxas brutas de mortalidade de 4,24 / 100.000 (homens) e 4,73 / 100.000 (mulheres).

Evidência médica na terapêutica adjuvante e paliativa

Fluorouracil por via endovenosa e as novas fluoropirimidinas orais

O 5-fluorouracil vinha sendo utilizado como terapêutica padrão para adjuvância ou para tratamento paliativo em primeira linha, porém novos agentes quimioterápicos têm surgido, em consequência da necessidade de novas drogas para o tratamento da recidiva, com maior efetividade no tratamento paliativo. A boa resposta terapêutica aos novos agentes quimioterápicos os tem incorporado como tratamento de primeira linha em doença avançada e intensificado a pesquisa do seu uso na terapêutica adjuvante padrão.

A Capecitabina, um carbamato fluoropirimidina com atividade antineoplásica, possui a peculiaridade de ser administrada por via oral. É rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal, e através de alguns processos metabólicos, sofre sua primeira modificação ao passar pelo fígado. É transformada na forma ativa de 5-fluorouracil, preferencialmente nas células neoplásicas, através da ação da enzima timidina fosforilase. Assim, seu metabólito ativo passa a ter maior concentra-

ção dentro do tumor e é encontrado em baixas concentrações nas células saudáveis, minimizando a toxicidade sistêmica. Em um ensaio clínico de fase III, conduzido por Paulo Hoff e colaboradores, foram randomizados 605 pacientes com participação de centros de pesquisas brasileiros. Nesse estudo, comparou-se a Capecitabina oral com 5-fluorouracil/leucovorin, em bolus (5-FU/LV), como terapêutica de *primeira linha* no câncer colorretal metastático (HOFF *et al.*, 2001). Demonstrou-se significativa melhora na resposta tumoral nos pacientes do grupo tratado com Capecitabina (24,8%), comparado aos pacientes tratados com 5-FU/LV (15,5%; $p = 0,005$). O tempo médio para a progressão da doença no grupo da Capecitabina foi de 4,3 meses, comparado com 4,7 meses no grupo do 5-FU/LV (log-rank $P = 0,72$). O tempo médio para falha do tratamento foi de 4,1 e 3,1 meses ($p = 0,19$), respectivamente, para Capecitabina e 5-FU/LV.

O perfil de toxicidade diferiu bastante entre os dois grupos. Os pacientes tratados com Capecitabina apresentaram menos diarreia, estomatite, náusea e alopecia ($p < 0,0002$). O grupo da Capecitabina também apresentou menor incidência de febre/sepsis associada a neutropenia graus 3 e 4 ($p < 0,0001$). Houve aumento na incidência da síndrome mão-pé grau 3 ($p < 0,00001$) e hiperbilirrubinemia graus 3 e 4 no grupo da Capecitabina. O ensaio clínico também avaliou os resultados da Capecitabina para pacientes idosos. A resposta terapêutica foi similar nos pacientes idosos, favorável ao grupo que utilizou a Capecitabina.

A melhor resposta terapêutica da Capecitabina *versus* infusão em bolus de 5-fluorouracil com ácido folínico (leucovorin) foi confirmada em análise de dois ensaios clínicos apresentados sob a forma de resumo (HOFF *et al.*, 2000). Esses achados sugerem o papel da Capecitabina em substituição à infusão intravenosa de 5-fluorouracil, que é aprovada atualmente nos EUA e na Europa para o tratamento de primeira linha de câncer colorretal metastático.

A síndrome mão-pé está associada à administração de vários quimioterápicos, inclusive a Capecitabina. Inicia-se com parestesia da região palmo-plantar que precede o aparecimento de edema e eritema dolorosos nessas regiões. Não apresenta risco de vida, porém pode comprometer as atividades diárias e qualidade de vida do paciente (Scheithauer *et al.*, 2004). Os sintomas aparecem gradativamente, permitindo que a redução de dose da Capecitabina desencadeie melhora ou até desaparecimento dos sintomas. Uma boa hidratação oral e o uso de cremes emolientes podem minimizar os sintomas.

Fluorouracil em combinação

Outra opção terapêutica entre os novos agentes quimioterápicos é a oxaliplatina. Seu potencial em regime de múltiplas drogas foi estabelecido em ensaio clínico fase III, que comparou a combinação do 5-fluorouracil e ácido folínico, administrado de acordo com o protocolo de De Gramont, tanto isoladamente quanto associada à oxaliplatina (De Gramont *et al.*, 2000). A terapêutica combi-

nada (Folfox 4) demonstrou melhora na taxa de resposta ($p = 0,0001$) e prolongamento na sobrevida livre de recidiva ($p = 0,0003$), porém esses benefícios não demonstraram vantagens na sobrevida estatisticamente significante.

Apesar da eficácia aumentada, associada com 5-FU/LV infundido com oxaliplatina, os esquemas de administração com 5-fluorouracil são mais inconvenientes para os pacientes e profissionais da área da saúde. São necessárias duas injeções em bolus mais duas infusões de 22 horas a cada duas semanas ou cinco dias de infusão contínua com equipamento de cromomodulação a cada 24 horas, semanalmente (de Gramont *et al.*, 2000).

A capacidade da Capecitabina de substituir 5-FU/LV como tratamento mais efetivo e conveniente para o câncer colorretal sugere sua combinação com oxaliplatina (CAPOX) e atualmente já existem estudos de fase II (BORNER *et al.*, 2001), nos quais pacientes pré-tratados e não tratados receberam tratamento com CAPOX. Dados preliminares mostraram uma taxa de resposta de 44% para virgens de tratamento e 22% para pré-tratados.

Outro estudo, realizado com 93 pacientes em 13 centros de sete países diferentes, demonstrou que Xelox (ou Capox) é um tratamento de primeira linha muito efetivo para câncer colorretal metastático. As taxas de resposta, TPD e a sobrevida global foram semelhantes às observadas com as combinações de 5-FU/LV/Oxaliplatina.

Evidência na população idosa

Há evidências de que o câncer colorretal no idoso está aumentando. Seu custo nos Estados Unidos é alto, atingindo \$US 5,4 bilhões anuais, com média de \$US 50,000 por cada novo diagnóstico de câncer colorretal entre idosos – cifras superiores ao custo *per capita* com outras doenças malignas, como mama, pulmão e próstata (National Cancer Institute, 2004). Evidências oriundas de ensaios clínicos recentes revelam que a abordagem dos pacientes idosos está mudando para tratamento mais agressivo e terapia multimodal. Os cirurgiões estão operando pacientes idosos com mais frequência, com menor mortalidade operatória e maior sucesso. A sobrevida em cinco anos após cirurgia potencialmente curativa elevou-se de 50% para 67% (Violi *et al.*, 1998). O aumento da disposição dos cirurgiões em operar pacientes idosos com câncer colorretal, combinado com a alta prevalência da doença, tem determinado significativo consumo de recursos do sistema de saúde (Matasar *et al.*, 2004).

A pesquisa sobre terapia adjuvante para o câncer colorretal está envolvendo cada vez mais pacientes idosos e, conseqüentemente, o entendimento sobre o papel dos agentes quimioterápicos, seja a droga individual ou com regime multidrogas, está aumentando. O tratamento com 5-fluorouracil, terapêutica adjuvante padrão para o câncer colorretal, demonstrou benefício para idosos, comparados àqueles que não receberam terapêutica adjuvante (71% *versus* 64% na sobrevida de cinco anos) e causou toxicidades similares

como as já documentadas em pacientes jovens (Sargent *et al.*, 2001).

Contexto econômico

FU/LV versus Capecitabina monoterapia

Os estudos sobre as análises de custo-efetividade na terapêutica adjuvante padrão e para os novos agentes quimioterápicos no tratamento do câncer colorretal estão surgindo. As análises de custo-efetividade e custo-benefício da terapêutica adjuvante padrão com 5-fluorouracil, dependendo da estratégia de infusão, do uso de agentes imunomoduladores e estágio do câncer, variaram entre \$US 2,000 por ano de vida ajustado para qualidade (QALY) até \$US 20,200 por QALY (valores de 1992) (Brown *et al.*, 1994; Norum *et al.*, 1997).

O potencial da Capecitabina em permitir o tratamento do paciente em domicílio, evitar os inconvenientes da administração intravenosa, reduzir a hospitalização dos pacientes e, conseqüentemente, tornar-se opção terapêutica custo-efetiva e custo-benefício, foi analisada em estudos farmacoeconômicos (GIULIANI *et al.*, 2002). A administração oral dos novos agentes quimioterápicos, como a Capecitabina, apresenta grande potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir custos associados à hospitalização.

Twelves e colaboradores compararam a Capecitabina *versus* 5-FU/LV na utilização de recursos de saúde para o tratamento do câncer colorretal avançado, em ensaio clínico fase

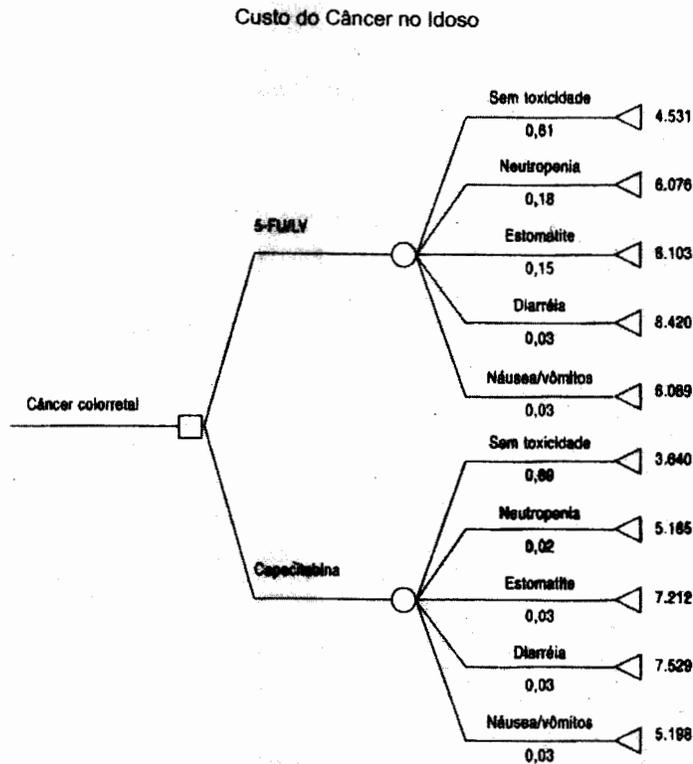
III conduzido com 602 pacientes (Twelves *et al.*, 2001). A hipótese dos pesquisadores era de que a escolha de fármaco oral em comparação à droga de uso intravenoso minimizaria a utilização de recursos de saúde, em conseqüência da menor necessidade de infusão venosa e diferente perfil de toxicidade. Os autores coletaram dados sobre o número de consultas hospitalares necessárias para infusão da droga, número de internações hospitalares e tratamento necessário para os eventos adversos. O tratamento com a Capecitabina demonstrou taxa de resposta superior ao tratamento com 5-FU/LV (26.6% *versus* 17.9%, $p = 0.013$) e melhor perfil de segurança, incluindo menos ocorrência de estomatite e mielossupressão. Os pacientes tratados com a Capecitabina ($n=297$) necessitaram de menos consultas hospitalares para administração do fármaco, em comparação ao 5-FU/LV ($n=299$) (2.109 *versus* 7.625, respectivamente). Onze por cento dos pacientes tratados com Capecitabina necessitaram de hospitalização para tratamento dos eventos adversos (total de 368 dias), comparativamente a quinze por cento dos pacientes tratados com 5-FU/LV (total de 477 dias). O uso da Capecitabina reduziu a necessidade de outros fármacos de alto custo, em particular o fluconazol, para tratamento dos eventos adversos (99 *versus* 300, respectivamente com a Capecitabina e com o 5-FU/LV). Os autores concluíram que a menor utilização de recursos favorável ao grupo da Capecitabina em comparação ao grupo do 5-FU/LV relacionou-se à minimização de consultas hospitalares, redução do uso de drogas e hospitalizações para tratamento dos eventos adversos.

Análise de custo-benefício realizada na Holanda (Jansman *et al.*, 2004) comparou a utilização de recursos no tratamento com Capecitabina *versus* 5-fluorouracil/leucovorin (protocolo Mayo Clinic). Os autores analisaram, retrospectivamente, os prontuários médicos de 65 pacientes atendidos entre 1999 e 2002 para tratamento do câncer colorretal. Os pesquisadores avaliaram o número de consultas ambulatoriais para infusão do 5-fluorouracil/leucovorin (utilização do *day clinic*), uso de recursos de saúde, medicamentos para efeitos adversos e despesas com deslocamentos dos pacientes para o hospital. A incidência de eventos adversos graus 3 e 4 utilizada na simulação da comparação de custos foi extraída de ensaio clínico fase III (Hoff *et al.*, 2001).

Os custos do tratamento com a Capecitabina foram obtidos através de simu-

lação, assumindo que os pacientes avaliados nos prontuários seriam tratados com Capecitabina, ao invés do 5-fluorouracil/leucovorina. Os benefícios da Capecitabina incluíram redução nos custos, em consequência do menor número de consultas ambulatoriais (*day clinic*), comparados com a necessidade de infusão do 5-fluorouracil/leucovorina nessas unidades, menor despesa com transporte entre hospital e domicílio e redução no tratamento medicamentoso e hospitalar dos eventos adversos (neutropenia e estomatite). Os custos indiretos relacionados à perda de produtividade não foram considerados, porque ambos os grupos de tratamento encontravam-se no mesmo estágio da doença e não trabalhavam. Foi elaborada árvore de decisão para estimar as probabilidades de ocorrência dos eventos adversos e respectivos custos em cada opção terapêutica, apresentada na figura 1:

Figura 1 - Árvore de decisão com probabilidades dos desfechos e respectivos custos dos eventos adversos na comparação entre Capecitabina e 5-fluorouracil/leucovorin



As análises revelaram custo médio total no tratamento paliativo de • 4.004 com a Capecitabina e • 5614 com o 5-fluorouracil/leucovorina. O custo do tratamento adjuvante foi de • 3.770 para a Capecitabina e • 4.704 para o 5-fluorouracil/leucovorina. Esses resultados foram robustos nas análises de sensibilidade. Os custos “evitados” (economizados) foram primariamente relacionados ao número de consultas ambulatoriais para a Capecitabina *versus* o número de tratamentos em *day clinic* para o grupo do 5-fluorouracil/leucovorin, apesar do maior preço de aquisição da Capecitabina. Os autores concluíram que o tratamento do câncer colorretal com a

Capecitabina é custo-economizado na Holanda, comparado ao tratamento com 5-fluorouracil/leucovorin, com estimativa de custo “evitado” de • 1.610 para o tratamento paliativo e • 934 para o tratamento adjuvante.

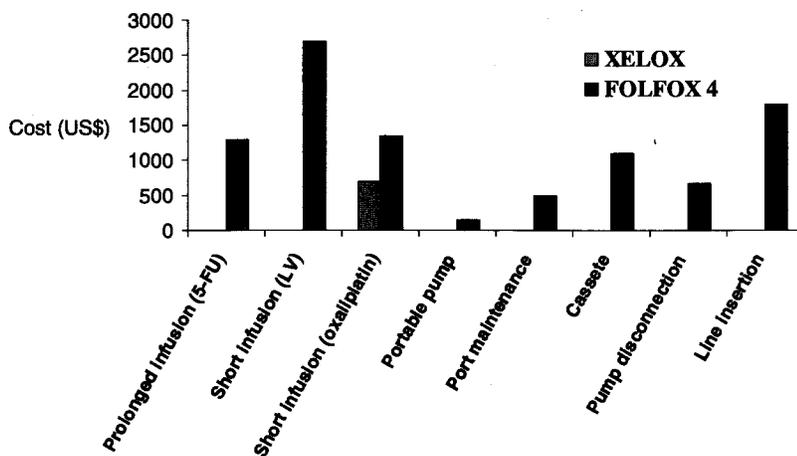
Folfox4 vs Xelox em câncer colorretal metastático

A associação da Capecitabina (XELODA®)/oxaplatina (XELOX) foi comparada com a associação da oxaplatina/5-FU/LV (FOLFOX4) para tratamento do câncer

colorretal metastático e demonstrou efetividade semelhante e perfil de segurança mais favorável (Sastre *et al.*, 2002; Goldberg *et al.*, 2002). Quanto à conveniência de administração do fármaco, o protocolo com FOLFOX4 exigiu tempo de infusão prolongado (48 horas) bimensal, e o protocolo com XELODA e oxaliplatina necessitou apenas de duas horas de infusão de oxaliplatina a cada três semanas. Apesar do preço superior

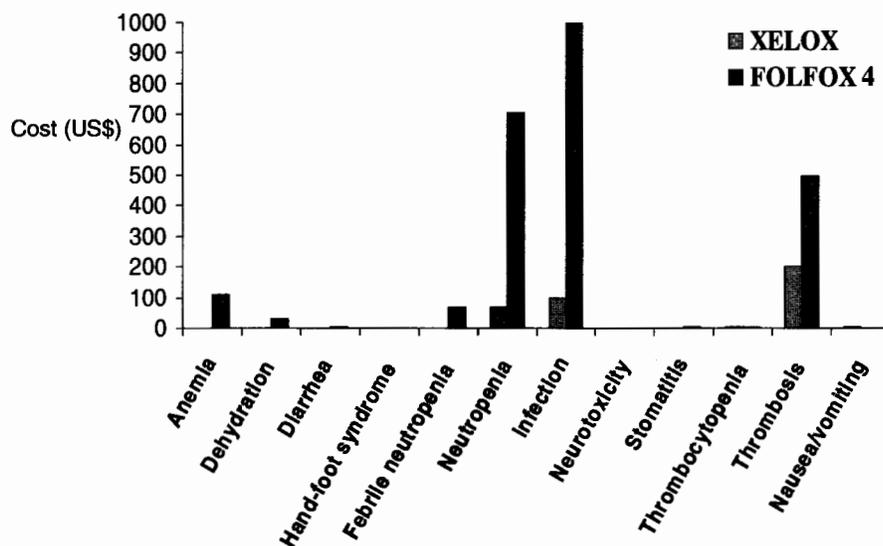
de aquisição do XELOX, comparado ao FOLFOX4 (US\$ 41.144 *versus* US\$ 34.616, respectivamente), o custo final do tratamento com XELOX é menor que o custo do tratamento com o FOLFOX4, sobretudo devido à substancial redução de custo da administração do fármaco em favor do XELOX, em comparação ao FOLFOX4 (US\$ 893 *versus* US\$ 9.991, respectivamente). A figura 2 apresenta os vários itens de custo envolvidos:

Figura 2 - Comparação de custos da administração de XELOX *versus* FOLFOX4



Fonte: CHU (2004).

A análise dos custos relacionados ao tratamento dos eventos adversos também foi favorável ao XELOX, comparado ao FOLFOX4 (US\$ 405 *versus* US\$ 2.448, respectivamente), conforme a figura 3:

Figura 3 - Comparação de custos com tratamento de eventos adversos do XELOX *versus* FOLFOX4.

Fonte: CHU E (2004).

Os autores elaboraram um modelo de análise de custo-benefício, comparando XELOX com FOLFOX4 (baseado em seis meses de tratamento, incluindo custos com aquisição dos quimioterápicos, custos com infusão dos fármacos e custos com tratamento dos eventos adversos) e demonstraram custo economizado de US\$ 4.613 em favor do XELODA.

CONCLUSÃO

O câncer colorretal é a terceira causa mais comum de mortalidade por câncer no Brasil. Os registros de mortalidade no Brasil demonstram aumento consistente nas taxas de mortalidade desse câncer ao longo das últimas décadas. A mudança demográfica, caracte-

terizada pela maior longevidade da população, com aumento da prevalência da doença, adicionada à disposição dos cirurgiões em operar pacientes idosos com câncer colorretal, têm determinado significativo impacto clínico-econômico para o sistema de saúde.

A Capecitabina, um carbamato fluoropirimidina desenvolvido para uso oral, com a peculiaridade de liberar a molécula ativa de 5-fluorouracil de maneira constante e preferencial para as células neoplásicas, minimiza a toxicidade sistêmica e melhora a taxa de resposta ao tratamento. Essas características da Capecitabina têm demonstrado, em ensaios clínicos controlados e randomizados, melhor segurança, eficácia no tratamento adjuvante e paliativo do câncer colorretal.

A administração oral da Capecitabina no tratamento adjuvante e paliativo do câncer colorretal demonstrou melhorar qualidade de vida dos pacientes e redução dos custos associados à hospitalização e aos eventos adversos.

Para que este tipo de análise farmacoeconômica seja feito na perspectiva brasileira, será necessário que nossas autoridades sanitárias definam uma relação custo-efetividade ou custo-utilidade justificável em nosso país.

NOTAS

¹ Pesquisador do Departamento de Economia da Saúde, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. E-mail: denizarvianna@cpes.org.br

² Colaborador da Roche Farmacêutica. E-mail: alessandro.cirincione@roche.com

REFERÊNCIAS

- BORNER, B. et al. Phase II study of capecitabine (CAP) + oxaliplatin (OXA) in first line and second line treatment of advanced or metastatic colorectal cancer. *Proc Am Clin Oncol*, Washington DC, v. 20, p. 137, 2001.
- BROWN, M. L. et al. Adjuvant therapy for stage III colon cancer: economics returns to research and cost-effectiveness of treatment. *J Natl Cancer Inst*, v. 86, p.424-430, 1994
- GIULIANI, G. et al. Economic evaluation of oral capecitabine vs intravenous 5-fluorouracil plus leucovorin (Mayo regimen) in the treatment of advanced colorectal cancer [in Italian]. *PharmacoEconomics*, v. 4, p.31-38, 2002.
- GOLDBERG, R. M. et al. *Proc Am Soc Clin Oncol*, Washington DC, v. 21, p.128, 2002. (Abstr. 511).
- GRAMONT, A. et al. Leucovorin and fluorouracil with or without oxaplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer. *J Clin Oncol*, v. 18, p.2938-2947, 2000.
- GROTHEY, A. et al. Phase III study of bolus 5-FU/FA oxaliplatin (FUFOX) in advancedcâncer colorrectal nceravãçado. *Proc Am Soc Clin Oncol*, Washington DC, v. 21, p.129, 2002. (Abstr. 512)
- HOFF, P. M. Capecitabine as first-line treatment for colorectal cancer: integrated results of 1207 patients from randomized, phase III studies [abstract 263PD]. On behalf of the Capecitabine CRC Study Group. *Ann Oncol*, v. 11 Suppl. 4, p. 60, 2000.
- HOFF, P.M. et al. Comparision of oral capecitabine versus intravenous fluorouracil plus leucovorin as first-line treatment in 605 patients with metastatic colorectal cancer: results of a randomized phase III study. *J Clin Oncol*, Washington DC, v. 19, p.2282-2292, 2001.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*. Rio de Janeiro:INCA, 2003. V. 3.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2003. 92 p.
- JANSMAN, F. G. A. et al. Cost-Benefit Analysis of Capecitabine Versus 5-Fluorouracil / Leucovorin in the Treatment of Colorectal Cancer in the Netherlands. *Clinical Therapeutics*, v. 26, n 4, p. 171-177, 2004.
- MATASAR, M. J. et al. Management of colorectal cancer in elderly patients focus on the cost of chemotherapy. *Drugs Aging*, v. 21, n. 2, p. 113-133, 2004.
- MIDGLEY, R.; KERR, D: Colorectal cancer. *Lancet*, v. 353, p.391-399, 1999.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. Cancer progress report 2001 [on line]. Disponível em: <<http://progressreport.cancer.gov>> Acesso em: 17 out. 2004.

NORUM, J. et al. Adjuvant Chemotherapy (5-fluorouracil and levamisole) in Duke' B and C colorectal carcinoma: a cost effectiveness analysis. *Ann Oncol*, v. 8, p.65-70, 1997.

SARGENT, D. J. et al. A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *N Engl J Med*, v. 345, p.1091-1097, 2001.

SASTRE, J. et al. *Ann Oncol*, New Orleans, v. 13, p.80, 2002. (Abst 288p).

SCHEITHAUER, W. et al. Coming to Grips with Hand-Foot Syndrome: insights from clinical trials evaluating capecitabine. *Oncology*, v. 18, n. 9, p. 1161-1168, 2004.

TWELVES, C. et al. Capecitabine (Xeloda™) improves medical resource use compared with 5-fluorouracil plus leucovorin in a phase III trial conducted in patients with advanced colorectal carcinoma. *European Journal of Cancer*, v. 37, p.597-604, 2001.

VIOLI, V. et al. Curative surgery for colorectal cancer: long term results and life expectancy in the elderly. *Dis Colon Rectum*, v. 41, p.291-298, 1998.

Recebido para publicação em: 28/9/2005

Aceito em: 07/11/2005

A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil

Health promotion in long-stay institutions: a reflection on the aging process in Brazil

Renato Campos Freire Júnior¹
Maria de Fátima Lobato Tavares²

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar a importância de ações de promoção da saúde voltadas para os idosos institucionalizados, no momento em que o Brasil vivencia, pelo processo de envelhecimento, uma acelerada transição demográfica e uma transição epidemiológica ainda incompleta. Através de revisão bibliográfica, tratou-se da relevância dessas instituições de longa permanência (ILP), ao relacionar o envelhecimento aos cuidados com a saúde, evidenciando a necessidade de se conhecer essa população institucionalizada, bem como desenvolver novas pesquisas dentro desse campo. As ILP e o idoso asilado são objetos de estudo importantes para que alcancemos um entendimento mais aprofundado da realidade da velhice no Brasil.

Palavras-chave:

promoção da saúde, idoso, institucionalização, envelhecimento da população, prestação de cuidados de saúde.

Abstract

This study had the objective of analyzing the importance of health promotion actions aimed at institutionalized elderly people, at a time when Brazil is experiencing accelerated demographic transition through the aging process, while the epidemiological transition is still incomplete. Through a bibliographical review, the relevance of long-stay institutions (LSI) is examined by relating aging to healthcare. The needs for knowledge of this institutionalized population and for new research in this field are demonstrated. It is important to study LSIs and institutionalized elderly people in order to have deeper understanding of the realities of old age in Brazil.

Key words:

health promotion; aged; institutionalization; demographic aging; delivery of health care.

Correspondência / Correspondence

Renato Campos Freire Júnior
Rua Cel. Antônio Salim, 144 – 35300-010 Caratinga, MG – Brasil
E-mail: renatocfjunior@yahoo.com.br

Envelhecimento e saúde

Nas últimas décadas tem-se presenciado maior preocupação de vários estudos (Beauvoir, 1990; Chaimowicz e Greco, 1999; Rodrigues, et al., 2000; Teixeira, 2002; Rosa, et al., 2003) sobre envelhecimento. Mas por sua dimensão múltipla, não tem sido fácil apreender seu significado em sua totalidade. Parte-se então do pressuposto que conceituar envelhecimento é complexo, pois envolve vários fatores que interagem. Segundo Rodrigues *et al.* (2000), para se discutir o envelhecimento é importante considerar, além do critério cronológico, as manifestações de eventos biológicos que ocorrem em determinado período e que, por sua vez, têm conseqüências em todas as demais dimensões de vida e saúde dos idosos.

O processo de envelhecimento populacional vem-se constituindo num dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, principalmente nos países onde esse fenômeno tem ocorrido em situações de pobreza e grande desigualdade social. O envelhecimento da população mundial, que teve início nos países desenvolvidos, vem assumindo nos países subdesenvolvidos uma velocidade em níveis sem precedentes até então (Lima-Costa, 2003).

No Brasil, nos últimos 30 anos, a pirâmide etária vem apresentando crescente participação da população idosa, levando a um alargamento de seu ápice, que tende à retangularização. Do ponto de vista demográfico, existe superposição de uma população jovem de dimensão relevante, com

uma população envelhecida também expressiva (Moreira, 2001; Veras, 2002).

O processo de transição demográfica se inicia entre os anos de 1940, quando há introdução de novas tecnologias, como vacinas, antibióticos e medicamentos, além da expansão do saneamento básico. Desta forma, até 1980, a mortalidade havia caído para menos da metade do que se observava nos anos 40 - 24,94 por mil -, alcançando níveis inferiores a 9 por mil (Duchiade, 1995).

Para Palma (2000) e Barreto (1992), as origens da transição demográfica brasileira não se devem apenas ao avanço tecnológico, mas principalmente à redução na taxa de fecundidade. E de fato, em 1960, os níveis de fecundidade, que eram de 5,8 filhos por mulher (Carvalho, 1978), declinam para 2,5 filhos por mulher em 1996 (BEMFAM, 1997), projetando-se, segundo o IBGE (IBGE, 1997), até o nível de reposição por volta de 2000, quando se espera observar discreto declínio. Em conseqüência, nosso país vem apresentando redução do grupo etário jovem, vivenciando com isso o que se denomina envelhecimento pela base. Estima-se que, por volta de 2025, o Brasil ultrapasse os 30 milhões de idosos (Berquó, 1996).

Contudo, deve-se lembrar que nosso país é marcado por grandes desigualdades – sejam elas sociais, territoriais e econômicas – e, desta forma, o processo de envelhecimento apresentará especificidades variadas, reforçando as desigualdades, no que diz respeito à qualidade de vida e do bem-estar nas diferentes classes da população (Berquó, 1996).

Pode-se entender, então, que no Brasil são encontrados vários modos de se envelhecer, de acordo com a condição socioeconômica, sexo, acesso à informação e à educação, cultura e até mesmo pela região onde se reside. Quando se analisa o perfil de cada região, destacam-se as desigualdades, que podem ser observadas, por exemplo, nos idosos das regiões Norte e Nordeste, que, marcados pela pobreza, apresentam uma expectativa de vida inferior à Região Sudeste, de quase dez anos (Duchiade, 1995). Assim, em nosso país, de acordo com a situação e localização do indivíduo, o envelhecimento e o próprio estado de velhice terão uma repercussão e ditarão como esse sujeito vivenciará essa etapa de sua vida.

O processo de envelhecimento traz ainda mudanças significativas no âmbito da saúde. Paralelamente ao aumento dos anos de vida, depara-se com um maior percentual de doenças crônicas não-transmissíveis, dentre as quais pelo menos uma doença ou condição crônica é referida por 69% dos idosos brasileiros, com proporção maior entre as mulheres (75%) do que entre homens (62%), conforme destaca Lima-Costa (2003).

Segundo Veras (1994), juntamente com essas transformações demográficas, o Brasil experimenta uma transição epidemiológica, ainda que incompleta, expressa pelas alterações no quadro da morbi-mortalidade. Nesse âmbito, segundo o autor, a prevalência de doenças infecto-contagiosas (responsáveis

por 40% do total de óbitos em 1950, e por 10%, em 1980) começa a ser substituída por patologias mais complexas, como as crônicas não-transmissíveis e distúrbios mentais, tais como doenças cardiovasculares, câncer e estresse (que em 1950 representavam 12% de todos os óbitos, elevando-se para 40% em 1980).

Essa mudança do perfil epidemiológico acarreta intervenções mais caras, demandando tecnologia de alta complexidade. Além disso, requer pessoal qualificado para formar equipes não somente multi, mas também interprofissionais³, com vistas ao alcance da integralidade do cuidado. Toda essa discussão vem ressaltar que é imperioso reorientar a organização do sistema de saúde e do cuidado para atender a essa demanda crescente, requerendo medidas urgentes por parte das políticas econômicas e sociais, das escolas de formação dos profissionais de saúde em seus vários níveis e da sociedade em geral.

Instituição Asilar x Promoção da Saúde: possibilidades dentro de uma realidade excludente

Dentro da problemática analisada até aqui, a instituição asilar se torna um tema relevante, uma vez que, ao se relacionar o envelhecimento aos cuidados com a saúde, pode-se observar uma demanda aumentada por essas instituições de longa permanência (ILP). Segundo o

³ *Equipe interprofissional* - constituindo um grupo interprofissional à medida que interagem nas trocas das experiências vividas, ampliam sua competência ao incorporar novos conhecimentos, assim como produzem novo saber, o da prática, ao refletir e sistematizar essa prática - competência interprofissional (Tavares, 1998).

Decreto nº 1.948, de 03/07/1996, a modalidade asilar de assistência social ao idoso é entendida como sendo o “*atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social*”.

Herédia *et al.* (2004) afirmam que a situação socioeconômica da maioria da população brasileira que envelhece é precária, não havendo condições satisfatórias para se vivenciar essa etapa da vida. Os autores completam, ainda, que nem a sociedade nem o Estado estão preparados e aptos para promover um envelhecimento digno ao indivíduo, mantendo-o inserido na sociedade e garantindo, por meio de políticas sociais, o mínimo necessário para sua subsistência.

Chaimowicz e Greco (1999), por sua vez, explicam o aumento das taxas de institucionalização como consequência de uma transição social, na qual se pode destacar a presença da mulher no mercado de trabalho, antes considerada personagem principal no cuidado dos pais ou sogros. Além disso, a queda na taxa de fecundidade torna as famílias menores, reduzindo a disponibilidade de cuidadores domiciliares. Esses novos arranjos familiares - mulheres vivendo sozinhas, mães solteiras, casais separados ou sem filhos e filhos que saem de casa cedo - afastam as chances de se vivenciar um envelhecimento num ambiente familiar seguro (Berquó, 1996).

Chaimowicz e Greco (1999), continuando sua análise e partindo de um trabalho sobre a dinâmica da institucionalização de ido-

sos no município de Belo Horizonte, levantam alguns fatores de risco para a institucionalização, como: morar sozinho, suporte social precário, aposentadoria com rendimento baixo, viuvez e aumento de gastos com a saúde, que são cada vez mais frequentes no Brasil. Segundo os autores, existe alta prevalência de fatores de risco para a institucionalização de idosos que vivem na comunidade das principais capitais brasileiras. A decisão de internar o idoso numa ILP geralmente se sustenta como uma alternativa em determinadas situações, dentre as quais podemos citar: ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doença, alto grau de dependência ou, mesmo, a necessidade de cuidados de reabilitação.

Estudando esses estabelecimentos, os autores descobriram que a presença de idosas nessas instituições era significativamente maior que a de idosos, alcançando o dobro entre a faixa etária de 65 e 69 anos, e mais que o triplo na faixa etária dos 70 anos ou mais.

Herédia *et al.* (2004), ao estudarem os idosos institucionalizados de Caxias do Sul - RS, encontraram índices significativos de solteiros institucionalizados (38,32%), que, somados ao percentual de viúvos (42,99%), demonstraram que a ausência de companheiro(a) pode ser fator determinante na internação.

Quanto aos mantenedores dos asilos, 85,3% são entidades filantrópicas. Cerca de 65% são vinculados à Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP) e 15% a entidades religiosas (Chaimowicz; Greco, 1999).

Aqui se torna importante colocar o sujeito principal da discussão – o idoso institucionalizado –, questionando que significados terão as repercussões da institucionalização.

Entende-se que o idoso se apresenta como um sujeito histórico, influenciado e modificado por sua história de vida, experiências, cultura, entre outros fatores. O próprio processo de envelhecimento acontece de maneira singular, traduzido na forma particular de cada indivíduo encarar e entender sua velhice. Que pensar então do arranjo institucional, no qual os internos se submetem a um estilo de vida em que as prevalências coletivas se sobressaem ao individualismo, seja pelo estabelecimento de regras como forma de administração, ou mesmo por uma dificuldade em se conduzir tratamentos específicos e pessoais?

Para Herédia *et al.* (2004), o processo de internação numa instituição de longa permanência pode representar muito mais do que simplesmente mudança de um ambiente físico. Ele se apresenta para o idoso como a necessidade de se estabelecer relações com seu novo ambiente, ajustar-se ao novo lar mais do que o lar a ele, bem como pode desencadear sensações de abandono, ansiedade e medo, pela possibilidade de passar os últimos dias da vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos.

Born e Boechat (2002) acreditam ser possível que grande parte desses idosos interpretem a institucionalização como “uma situação de falência: do ser humano e da sociedade” (aspas nossas). Independentemente de qual

seja a impressão do idoso diante dessa situação, o certo é que o planejamento de sua vida foi alterado de forma brusca e dramática.

Freire Júnior e Tavares (2005), ao estudarem a saúde do ponto de vista dos idosos de uma instituição de longa permanência, encontraram o trabalho e a rede de apoio social, expressa nos amigos e nos parentes, como as maiores perdas relatadas por esses internos. Fica evidente que a redução das oportunidades de substituição dessas perdas é muito mais clara no idoso que se encontra institucionalizado, por isso as instituições têm papel fundamental de atuar como mediadoras e promotoras de uma nova rede social. O acesso ao trabalho e a independência financeira ainda foram colocados, segundo os idosos entrevistados pelos autores, como fatores importantes para se alcançar uma vida melhor.

Assim, a mudança de seu próprio lar para uma instituição de longa permanência poderá introduzir na existência desse idoso o que Py (1996) *apud* Teixeira (2002) nomeia como “posição negativa da velhice”. Na nova experiência de vida, o indivíduo muitas vezes poderá sofrer transformações radicais, como perda ou redução das redes de apoio e relações sociais, da autonomia de pensamento e da vontade, da privacidade e da individualidade, acarretando sérios problemas sociais e de saúde, conduzindo-o para um caminho contrário ao que se denomina *empoderamento*.

Esse conceito tem alcançado muita importância nos últimos anos e no campo da saúde pública tem sido utilizado como estratégia de ganho de saúde. Alguns autores (Thursz, 1993;

Bernstein *et al.*, 1994) têm definido o empoderamento como “*a habilidade de as pessoas conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas agindo para a melhoria de sua situação de vida*” (Teixeira, 2002, p. 25).

Dessa forma, de maneira geral podemos entender empoderamento como um processo no qual o indivíduo, bem como a comunidade e organizações, adquirem controle sobre suas vidas. Segundo Py (1996), visualizando-se o idoso sob esse enfoque, se almeja criar sua imagem como uma pessoa participativa no mundo, inserida na sociedade: como um sujeito que sonha e deseja.

Não é difícil compreender que a instituição de longa permanência pode se tornar, por diversos fatores, contraditória a esse processo de autonomia. O conceito de empoderamento no ideário da promoção da saúde vem-se apresentando enquanto recurso importante para sustentar as ações de educação para a saúde, orientadas tanto individualmente, quanto nos grupos sociais e organizações, através de processos educativos participativos.

Na Carta de Ottawa (OMS, 1986), a promoção da saúde é definida como: “*O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (OMS, 1986 *apud* BUSS, 2000a, p. 170). Ou seja, ela deve assegurar a equidade e permitir que as comunidades e o próprio indivíduo tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde, além do

acesso a subsídios e informações efetivas para que façam escolhas mais saudáveis, tendo sobretudo, liberdade para decidir sobre seus comportamentos (Buss, 2000).

Ainda de acordo com a Carta de Ottawa (OMS, 1986), para que os indivíduos e grupos atinjam um estado completo de bem-estar físico, mental e social, é importante que saibam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Com isso, a promoção da saúde propõe um estilo de vida saudável, articulado com o alcance de condições estruturais básicas a uma vida digna. Daí porque destaca a necessária inter-relação entre governo, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. Além disso, as pessoas, independentemente de sua faixa etária, devem se envolver nesse processo como indivíduos, famílias e comunidades (OMS, 1986).

Ainda nesse documento é feita menção sobre a necessidade de desenvolvimento pessoal e social, através de comunicação, de informação e de educação para a saúde. A capacitação pode fornecer vários caminhos e opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, possibilitando compreensão para o enfrentamento dos determinantes sociais envolvidos em seus processos de saúde e de doença.

Na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (OMS, 1997), foram enfatizados determinantes da saúde, tais como tendências demográficas,

doenças infecciosas novas e reemergentes, fatores transacionais, como os mercados financeiros e o comércio, dentre outros. A estes, também denominados de pré-requisitos ou recursos para a saúde, foram acrescentados outros: paz, abrigo, inclusão e segurança social, relações sociais, alimento, renda, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. Os novos desafios apontados demonstram a dificuldade de se operacionalizar, nas práticas de saúde, estratégias que busquem a interferência no estilo de vida no contexto das condições econômicas, sociais e ambientais que determinam a saúde.

Esta compreensão da promoção da saúde está formalmente inserida nas políticas de saúde como uma das funções essenciais da saúde pública. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2002), entende-se como função essencial o conjunto de atuações concretas, necessárias para se alcançar o objetivo central da saúde pública, que é melhorar a saúde da população. Devido a sua complexidade e ao grande elenco de funções elaboradas, esse conceito, colocado no interior do que vem sendo denominado de “nova saúde pública” (aspas nossas), vem ao encontro da reconceitualização da saúde pública enquanto campo político, teórico e prático.

O eixo foi a reunião das intervenções em saúde pública dentro de grupos funcionais limitados e identificados pelo ponto de vista operativo, definindo sua finalidade, objetivos, atividades, recursos e formas de organização. Além disso, devem ser vistas e identificadas, em primeiro lugar, como funções que nascem das práticas sociais e, ao mesmo tempo,

têm como perspectiva promover e reforçar o estímulo à reconversão dessas práticas, facilitando ao indivíduo escolhas mais saudáveis (OPAS, 2002).

Ainda que venham se desenvolvendo programas de promoção da saúde dentro desse marco teórico e metodológico, Assis *et al.* (2004) mostraram, a partir da revisão de programas na área, que as experiências de avaliação nesse campo, com ênfase àquelas dirigidas ao idoso, são pouco desenvolvidas no Brasil. Uma característica marcante dos trabalhos brasileiros sobre o tema é que a maioria dos estudos são relatos de experiências que contemplam alguns aspectos avaliativos de base qualitativa e poucos se enquadram como pesquisa com fins de avaliação propriamente dita.

Segundo os mesmos autores, a maioria das experiências de programas de promoção da saúde do idoso no Brasil se desenvolve em serviços públicos de saúde vinculados à assistência regular, não apresentando de forma clara a dinâmica do trabalho multidisciplinar. Também demonstram poucos dados da população participante, limitando-se a variáveis como sexo, idade ou área geográfica. Do ponto de vista metodológico, Assis *et al.* (2004) afirmam que os estudos nacionais não apontam questão ou reflexão para o desdobramento em futuras pesquisas, o que reforça ainda mais a necessidade de trabalhos que possam preencher essas lacunas, oferecendo caminhos onde se possa agregar de forma eficaz e contínua a promoção da saúde ao idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvidas sobre a complexa aplicabilidade do conceito de promoção da saúde, principalmente quando entramos no campo das instituições de longa permanência. Contudo, é preciso entender a importância que podem assumir as ações de promoção da saúde voltadas para os idosos institucionalizados, bem como a necessidade de desenvolver novos estudos dentro deste campo.

A transição demográfica é uma realidade mundial e as instituições de longa permanência são alternativas de recolhimento e abrigo para idosos, sobretudo em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde as questões sobre envelhecimento ainda não são tratadas de forma clara e resolutiva, o que reduz a questão da velhice, muitas vezes, numa realidade de exclusão social. Assim pode-se afirmar que o idoso institucionalizado e as instituições de longa permanência são objetos de estudo importantes para que alcancemos um entendimento mais aprofundado da realidade da velhice no Brasil.

Ao analisar essa nova perspectiva de saúde, na qual o indivíduo é coadjuvante no processo de promoção e bem-estar de sua vida, deve-se perceber como fundamental a identificação da percepção que o idoso institucionalizado tem de sua saúde. Conhecendo-o como sujeito histórico, levando em consideração sua cultura, sonhos, sentimentos e questionamentos, as estratégias de promoção da saúde devem ser direcionadas por

caminhos abertos a partir desse conhecimento, buscando uma contribuição mais concreta e efetiva na qualidade de vida dos idosos. Desta forma, a questão asilar poderá alcançar um posicionamento adequado dentro das discussões de saúde da sociedade, no sentido de uma sociedade para todas as idades.

NOTAS

¹ Renato Campos Freire Júnior
UNEC – Centro Universitário de Caratinga
E-mail: renatocfjunior@yahoo.com.br

² Maria de Fátima Lobato Tavares
ENSP – Escola de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ
E-mail: flobato@ensp.fiocruz.br

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A.; VALLA, V.V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004. v.9, n.3, 557-581p.
- BARRETO, M. L. *Admirável mundo velho – velhice, fantasia e realidade social*. São Paulo: Ática, 1992, 237p.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990, 711p.
- BEMFAM, Sociedade Civil e Bem-Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996*. Rio de Janeiro, 1997.
- BERNSTEIN, E. et al. Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members. In: *Health Education Quarterly: Special Issue Community Empowerment, Participatory Education, and Health – ParteII*, 1994, v.21, n.3, 281-294p.

- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: ANAIS DO I SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO". Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: MPAS, 1996, 16 – 34p.
- BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. org. *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.403-414p.
- BORN T, BOECHAT N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, EV. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 768-77p.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2000. v.5 n.1, 163- 177p.
- CARVALHO, J. A. B. *Fecundidade e mortalidade no Brasil, 1960/1970*. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 1978.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, 1987.v.31, n.2. 184-200p.
- CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1999. v.33, n.5, 454-460p.
- CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M.B.; HERÉDIA, V.B.M. *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul, RS: Educs/ Edipucrs, 2004. 133p.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde*. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003. 174p.
- DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M. C. S., org. *Os muitos Brasis*. Saúde e população na década de 80. São Paulo - Rio de Janeiro, Editora Hucitec-ABRASCO, 1995. 14-56p.
- FREIRE JÚNIOR, R.C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* set.2004/ fev.2005 v.9, n.16, 147-58p.
- GUEDES, S. L. Dos muitos modos de envelhecer no Brasil: uma “antropologia do envelhecimento?” *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 1999. v.3, n.3, 86-93 p.
- HERÉDIA, V. B. M. et al. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In: CORTELLETTI, I.A. et al. *Idoso asilado, um estudo gerontológico*. Caxias do Sul, RS: Educs/ Edipucrs, 2004, 13-60p.
- IBGE, *Projeção da População do Brasil para o período 1980-2020*. Rio de Janeiro: IBGE-DEPIS, 1997.
- LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. y ALMEIDA FILHO, N.. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, I. R. org. *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade – subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso*. Belo Horizonte: UFMG/ CEDEPLAR: ABEP, 2001. 25-56 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Carta de Ottawa*, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Jacarta*, 1997.
- ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. Funciones esenciales de la salud pública. In: _____. *La salud pública en las Americas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación científica y técnica, 2002. n.589, 59-71 p.
- PALMA, L. T. S. *Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem sucedida*. Passo Fundo: UFP, 2000, 143 p.
- RESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Decreto Nacional 1.948 de 03/07/96*, 1996.
- RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 2000. v.4, n.1, 15 -20p.

ROSA, T. E. C., et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, 2003. v.37, n.1, 40-48 p.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002. v.7, n.4, 899-906 p.

TEIXEIRA, M. B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à Promoção da Saúde*. 144p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ - Rio de Janeiro, 2002.

THURZS, D. The case of empowrment. In: The possibilities of empowrment. *Journal of the International Federation on Ageing*, 1993. v.XX, n.1, 1-2 p.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Pública*, 2003. v.19, n.3, 849-853 p.

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UNATI/UERJ, 1994.

VERAS, R. P.; et al. Novos paradigmas do modelo assistencial do setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: ____ *Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: UNATI/UERJ, 2002.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to community Emporwement, Participation, education, e and Health. In: *Health Education Quarterly: Special Issue Comminuty Emporwement, Participatory Education, and Health* – 1994. Part I v. 21, n.2, 141-170 p.

Recebido para publicação em: 19/9/2005

Aceito em: 17/2/2006

Das especificidades do envelhecimento: o caso da deficiência mental

On the specificities of aging: the case of mental impairment

Shirley Donizete Prado*

ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA MENTAL: uma emergência silenciosa. Antônio S. Clemente Filho e Silvana Maria Gorth – organizadores. São Paulo, Instituto APAE, 2004, 180 pp.

ISBN 85-99113-1

Realizou-se em fevereiro de 2004 o I Congresso Brasileiro sobre Envelhecimento e Deficiência Mental, promovido pela APAE, em São Paulo. A partir desse evento pioneiro, foi organizado esse livro, que traz contribuição ímpar a todos aqueles que se voltam para a complexidade do processo de envelhecimento humano.

O crescimento numérico dos idosos brasileiros configura fenômeno inusitado, com implicações nos mais diferentes campos do conhecimento e da ação. Sua intensa e surpreendente dinâmica nos coloca, a cada dia, diante de novas situações ou questões para as quais caminhos inovadores precisam ser pensados e implementados.

Ao tirar do silêncio as peculiaridades relativas ao envelhecimento daqueles que são portadores de deficiência mental, os autores nos apresentam um novo e contraditório mundo derivado dos avanços e inovações das Ciências da Saúde e da melhoria das condições de vida.

A coletânea aborda cinco temáticas de destaque. Em primeiro lugar, as perspectivas diante do envelhecimento cognitivo e possibilidades de reabilitação. Seguem-se discussões sobre o envelhecer em sua relação com a Síndrome de Down e a Doença de Alzheimer. O terceiro capítulo volta-se para os aspectos biológicos na velhice com deficiência mental. O tema seguinte trata de investimentos –

Correspondência / *Correspondence:*

Shirley Donizete Prado

E-mail: shirley_prado@terra.com.br

como, por exemplo, a educação, o teatro – que podem contribuir para a maior autodeterminação de vida para essas pessoas. Finalmente, a coletânea aborda a importância da valorização de iniciativas situadas no espaço da intergeracionalidade e das relações com os diferentes grupos sociais, indicando a necessidade da implementação de políticas sociais especificamente voltadas para essa parcela da população.

Informam-nos, os autores, acerca do incremento progressivo da longevidade da população portadora de deficiência mental – como na Síndrome de Down – que estaria associado às melhorias no tratamento das afecções cardíacas e ao controle dos quadros infecciosos respiratórios, além dos benefícios consequentes de estimulações precoces e de outras terapias voltadas para o desenvolvimento psicomotor. Ganhos para a humanidade. Mas ainda insuficientes, uma vez que há muito o que esclarecer em relação ao declínio cognitivo que se apresenta de forma diferenciada para esse grupo populacional e ainda são iniciais os estudos acerca do próprio processo biológico do envelhecimento, certamente marcado por distinções entre essas pessoas.

Ao lado dos investimentos e desafios para que se avance no prolongamento progressivo do tempo de vida dos portadores de deficiência mental, há que se considerar as novas angústias com as quais se deparam os familiares e cuidadores de pessoas que vêem o ente próximo envelhecer de forma mais acentuada e diferenciada. Os cuidados particulares com os dentes, com a alimentação, com a ati-

vidade física e outros tantos; o medo de partir e deixar uma vida que carece de um apoio que pode não ter como acontecer a contento; enfim, as novas demandas evidenciadas pelos cuidadores, cada vez mais exigidos em seus afazeres e preocupações.

A APAE, ao trazer à luz essas questões, divulga para a sociedade mais uma frente de trabalho. Com competência, esse livro contribui para o desenho de abordagens interdisciplinares que indicam a necessidade da promoção mais efetiva de longevidade saudável para as pessoas com deficiência mental e para seus familiares, cuidadores e amigos.

Nota

- * Nutricionista, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora Adjunta do Departamento de Nutrição Social e Vice-Diretora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Recebido para publicação em: 20/2/2006

GOULART, Maria Teresa Goulart Carthery. **Memória operacional e linguagem no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer**. 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Orientador: Paulo Caramelli

Com o objetivo geral de verificar o impacto do envelhecimento normal e patológico sobre a linguagem e memória operacional, foram realizados testes avaliando estes aspectos em controles jovens e idosos e pacientes com Doença de Alzheimer (DA) provável. Encontramos declínio significativo da memória operacional no envelhecimento normal e na DA. Os dois grupos mostraram disfunção do executivo central e os pacientes com DA tiveram também alterações no funcionamento da alça fonológica. Em relação à linguagem, idosos tiveram declínio em alguns testes em relação a jovens, mas suas dificuldades foram quantitativamente e qualitativamente diferentes das encontradas no grupo com DA.

MISHIMA, Eduardo Osvaldo. **Tuberculose pulmonar no idoso em comparação com o adulto jovem**. 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Orientador: Péricles Alves Nogueira.

A tuberculose vem acometendo cada vez mais os idosos em relação aos não idosos. Objetivo. Verificar as diferenças na tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva que acomete idoso em comparação com o adulto jovem. Metodologia. Selecionamos 80 idosos, com 60 anos de idade ou mais, doentes de tuberculose pulmonar com baciloscopia de escarro positiva para o bacilo álcool ácido resistente, residentes no Município de São Paulo-SP em 2001. Estes foram pareados com 80 adultos entre 20 e 39 anos de idade, da mesma unidade de saúde e mesmo sexo, procurando-se também parear escolaridade, ocupação e residência. Comparou-se a evolução do tratamento por até 12 meses. Resultados. Os idosos tiveram freqüências maiores em: tempo de demora entre o início dos sintomas ao início do tratamento, reações medicamentosas, pacientes tratados por mais de seis meses, número de óbitos, doenças associadas e mudanças de medicamentos. Porém tiveram menos sintomas e menor número de abandonos de tratamento. Conclusões. Os idosos, devido às dificuldades do diagnóstico, demoras no início do tratamento e doenças associadas, têm maiores riscos de letalidade e de complicações durante o tratamento, principalmente entre os mais velhos. Preconiza-se uma atuação mais atenta e capacitada dos profissionais, bem como políticas públicas que contemplem este segmento etário.

FERREIRA, Ana Maria Tucci Gammaro Baldavira. **Ouvindo o idoso hospitalizado: direitos envolvidos na assistência cotidiana de enfermagem.** 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Orientador: Alice Moreira Derntl

Em razão do significativo aumento da população idosa no Brasil, é possível perceber a vivência de uma transição demográfica e mudanças na epidemiologia que contribuem para alterar o cenário do atendimento de saúde a idosos, destacando-se, assim, a hospitalização. A assistência de enfermagem, além da competência técnica e científica, deve imbuir-se de preceitos éticos, a fim de garantir a satisfação das necessidades e também os direitos dos pacientes, que se traduz no objetivo deste estudo. A especificidade, quanto à população idosa, está em atentar para sua vulnerabilidade, manutenção de sua capacidade funcional, sua autonomia e minimização de sua dependência. O atendimento aos direitos dos idosos hospitalizados na assistência cotidiana de enfermagem foi analisado por intermédio de 32 entrevistas com pacientes internados em dois hospitais: um público e um filantrópico no Município de São Paulo. Nos discursos dos idosos foram apontadas ressalvas quanto aos direitos à atenção e respeito, auxílio para conforto e bem-estar, à privacidade física, à informação, à acompanhante e à assistência religiosa durante a assistência de enfermagem. Pela análise dos discursos concluiu-se que os direitos dos pacientes idosos entrevistados na assistência cotidiana de enfermagem não são nem frequente-

mente e nem adequadamente atendidos embora a maioria desses idosos quando perguntados sobre o atendimento recebido considerou-o como 'Ótimo', mas, ao mesmo tempo é possível perceber expressões conflitantes que denunciam e justificam ações, situações, atitudes e comportamentos do pessoal de enfermagem que permitem compreender melhor o que representa ser paciente e idoso em um hospital do Sistema Único de Saúde.

SOUZA, Maria Dolores Pinheiro de. **O grupo de movimento e o bem estar subjetivo da velhice: um estudo de caso com idosos de Castelo - ES.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública. USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Orientador: Alberto Olavo Advíncula Reis

O envelhecimento populacional vem produzindo mudanças nas ações de saúde, incluindo as de Saúde Pública. Cresce o número de pessoas que reconhecem a possibilidade de uma velhice bem-sucedida e destacam o potencial dessa fase da vida. Cada vez mais, governos, profissionais e pesquisadores acreditam que o viver mais deveria estar associado à manutenção da autonomia, da auto-estima e da participação sócio-política, fatores essenciais para a qualidade de vida e o bem-estar. Inserido nesta tendência, este estudo teve como objetivo verificar se a experiência participativa dos idosos no Grupo de Movimento (G.M.) - uma técnica de intervenção corporal, baseada em princípios reichianos - ocorreu positivamente para a melhoria de seu bem estar subjetivo, tendo participado desse

estudo 18 idosos do Município de Castelo - ES, que freqüentaram sessões de G.M. Para a coleta dos dados foram organizados dois grupos focais, nos quais os participantes relataram suas experiências, enfatizando mudanças físicas, relacionadas e de humor correlacionadas às atividades grupais. Os dados foram tratados com a técnica qualitativa de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), nos quais foram identificadas categorias analíticas, segundo o modelo do bem-estar subjetivo proposto por Ryff: auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal. Os resultados indicam que (1) o G.M. favoreceu as relações interpessoais e promoveu mudanças, (2) as quais são percebidas pelas famílias dos idosos e (3) houve melhora as condições físicas e de humor dos participantes. Em geral, o G.M. influiu positivamente no senso de bem estar daqueles idosos.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa. **Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida.** 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Orientador: Benício, Maria Helena D'Aquino

Objetivos: Foram objetivos (1) revisão bibliográfica sobre as redes sociais, (2) descrever a sua distribuição relacionando-a com variáveis socioeconômicas e demográficas em idosos de São Paulo e (3) investigar as redes sociais, além de outros, como determinantes

do estado nutricional desses idosos. Método: Realizou-se pesquisa bibliográfica (social network, social support, social integration, social ties e social environment) selecionando-se estudos com idosos e com clara definição do conceito e da operacionalização. Estudou-se amostra probabilística de 2.143 idosos (60+) da cidade de São Paulo (inquérito SABC - Saúde, bem estar e envelhecimento), focalizando-se as dimensões estruturais (índice de freqüência de contatos - IFC, índice de diversidade de contatos - IDC, coabitação e situação conjugal) e funcionais (índice de freqüência de ajudas recebidas - IFAR e índice de freqüência de ajudas prestadas - IFAP) das redes sociais. Adotou-se o índice de massa corporal (IMC - Kg/m²) como indicador de estado nutricional. Utilizou-se análise de regressão logística múltipla em modelos hierarquizados. Resultados: A literatura evidencia que redes sociais levam à redução na mortalidade e à melhoria da saúde, entretanto ainda não se têm clareza sobre a natureza dos seus efeitos protetores ou prejudiciais. Idosos paulistanos maiores de 70 anos, solteiros e morando sozinhos tiveram maiores chances para piores níveis nas suas redes sociais. Estado nutricional, com algumas variações, associou-se com idade, raça, escolaridade, renda, IFC, estado civil, tabagismo e atividade física. Conclusões: As redes sociais manifestaram-se de modos desiguais entre os níveis sociodemográficos. Além das contribuições que podem ser sugeridas por este estudo, outros devem ser realizados incluindo outras dimensões do apoio social, dadas as lacunas existentes sobre as redes como determinantes do estado nutricional de idosos.

NASCIMENTO, Maria de Lourdes do. **Avaliação da composição corporal de idosos: densitometria e impedância bioelétrica.** 2005. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública. USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Orientador: Maria de Fátima Nunes Marucci

OBJETIVO: Avaliar a concordância da impedância bioelétrica em idosos, comparando com a densitometria. **MÉTODOS:** A amostra foi constituída por 40 indivíduos idosos (aproximadamente 60 anos), de ambos os sexos, atendidos em ambulatório de geriatria. Os indivíduos foram submetidos ao exame de impedância bioelétrica (BIA) e de densitometria (DEXA), para a estimativa da quantidade de massa magra (MMkg) e de gordura (GO- kg). A caracterização da amostra foi analisada de forma descritiva. As variáveis, BIA e DEXA, foram analisadas em relação às medidas de tendência central e dispersão. A correlação foi verificada pelo coeficiente de Pearson e pelo gráfico de dispersão. A concordância foi analisada pelo coeficiente de concordância/correlação de Lin-CCC e pelo procedimento de Bland-Altman. Com base nesses resultados desenvolveu-se também um modelo de regressão linear. **RESULTADOS:** As médias de MM (kg) estimadas pela BIA (m= 47,57 mais ou menos 8,11) foram maiores do que pela DEXA (m= 43,94 mais ou menos 8,53). As médias de GO (kg) estimadas pela DEXA (m= 22,95 mais ou menos 8,70) foram maiores do que pela BIA (m= 20,10 mais ou menos 8,53). Em relação ao sexo, as médias de MM estimadas pela BIA (m= 55,47 mais ou menos 6,85) e pela DEXA

(m= 52,62 mais ou menos: 5,94) foram maiores para o sexo masculino do que para o feminino [BIA (m= 43,32 nt 4,95) e DEXA (m= 39,27 mais ou menos 5,51)]. Ao contrário, as médias de GO no sexo feminino, estimadas pela BIA (m= 21,31 mais ou menos: 8,75) e pela DEXA (m= 24,48 mais ou menos 8,57) foram maiores do que para o sexo masculino [BIA (m= 17,86 mais ou menos 8,00) e DEXA (m= 20,12 mais ou menos 8,52)]. Estas diferenças foram estatisticamente significativas. A análise das variáveis em relação à idade, não foi estatisticamente significativa. Observou-se alta correlação entre os valores de GO mensurados pela BIA e DEXA ($r= 0,92$ $p= 0,001$) e entre os valores de GO mensurados pela BIA e DEXA ($r= 0,92$; $p= 0,001$). Em relação à MM, observou-se concordância entre BIA e DEXA (CCC= 0,83; $p=0,001$) e em relação à GO (CCC= 0,88; $p= 0,001$) entre as duas medidas analisadas. A demonstração gráfica da análise de concordância mostrou que a BIA superestima os valores de MM em relação à DEXA (m=3,63; L.C.= - 3,30; 10,65) e subestima os valores de GO em relação à DEXA (m=-2,85; L.C.= - 9,46; 3,76).

