



# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

**Volume 10 Número 3 set.-dez./2007**

ISSN 1809-9823

UnATI  
UERJ





# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

Volume 10. Número 3. setembro-dezembro/2007. 145p.

**Editor / Editor**

Renato Peixoto Veras

**Editores Associados / Associated Editors**

Célia Pereira Caldas

Shirley Donizete Prado

**Editor Executivo / Executive Editor**

Conceição Ramos de Abreu

**Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board**

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 / UFRJ

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 - Santa Maria / UFSM

Jane Dutra Sayd - Rio de Janeiro / UERJ

Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Florianópolis / UFSC

Luiz Roberto Ramos - São Paulo / UNIFESP

Martha Pelaez - Washington, DC / OPAS

Mônica de Assis - Rio de Janeiro/INCA

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**

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

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

EDUBASE – 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	271
Artigos originais / Original Articles	
ASPECTOS GENÉTICOS DO ENVELHECIMENTO E DOENÇAS ASSOCIADAS: UMA COMPLEXA REDE DE INTERAÇÕES ENTRE GENES E AMBIENTE	00
Genetics aspects of aging and related diseases: a complex network of interactions between genes and environment	
<i>Maria Gabriela Valle Gottlieb, Denise Carvalho, Rodolfo Herberto Schneider, Ivana Beatrice Manica da Cruz</i>	
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E OS FATORES QUE A INFLUENCIAM NO ÂMBITO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA AO IDOSO	00
Functional independence and the factors that influence it in the scope of home care to the elderly people	
<i>Alessandra Barbosa Lopes, Juliana Maria Gazzola, Naira Dutra Lemos</i>	
CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA NO NOROESTE DO PARANÁ	00
Medicine consumption by the elderly assisted at a day care center for older people in northwestern Paraná, Brazil	
<i>Hellen Regina Fanhani, Orlando Seiko Takemura, Roberto Kenji Nakamura Cuman, Flávio Augusto Vicente Seixas, Oséias Guimarães de Andrade</i>	
CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO ALIMENTAR, DA INGESTÃO DE ENERGIA E NUTRIENTES DA DIETA DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA	00
Characterization of the alimentary pattern, of energy and nutrients intake in the diet of seniors in a municipality in Zona da Mata, state of Minas Gerais, Brazil	
<i>Adelson Luiz Araújo Tinóco, Wilson César de Abreu, Mônica de Souza Lima Sant'Anna, Larissa Froede Brito, Amanda de Carvalho Mello, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, Margarida Maria Santana da Silva, Conceição Angelina dos Santos Pereira</i>	
O IDOSO ASILADO: A SUBJETIVIDADE INTRAMUROS	00
The institutionalized elderly: the subjectivity in the other side	
<i>Nayara de Paula Faleiros, José Sterza Justo</i>	

## Sumário / Contents

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV/AIDS NA OPINIÃO DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DE GRUPOS DE TERCEIRA IDADE	00
The opinion of elders who attend third age groups about sexually-communicable diseases and HIV/AIDS	
<i>Marinês Tambara Leite, Cristiano de Moura, Evelise Moraes Berlezi</i>	
PROMOVENDO A SAÚDE E PREVENINDO A DEPENDÊNCIA: IDENTIFICANDO INDICADORES DE FRAGILIDADE EM IDOSOS INDEPENDENTES	00
Promoting Health and preventing dependency: identifying frailty signs among independent elderly	
<i>Renato Peixoto Veras, Célia Pereira Caldas, Flávia Dantas Coelho, Maria Angélica Sanchez</i>	
<b>Artigos de Reflexão / Reflection Articles</b>	
POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: REFLEXÃO ACERCA DA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O CUIDADO COM O IDOSO	00
Public Politics of attention the health of the aged one: reflection concerning the qualification of the professionals of the health for the care with the aged one	
<i>Josiane de Jesus Martins, Jordelina Schier, Alacoque Lorenzini Erdmann, Gelson Luiz de Albuquerque</i>	
<b>Artigos de Revisão / Review Articles</b>	
QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM IDOSOS COM INCONTINÊNCIA FECAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA	00
Quality of life and coping strategies of elders with fecal incontinence: a literature review	
<i>Juliana Magalhães Machado Barbosa, Rosângela Corrêa Dias, Leani Souza Máximo Pereira</i>	
Orientação aos autores / Guidelines for authors	00
Errata	00

## Uma conjuntura favorável à consolidação da área do envelhecimento humano

A expectativa de vida aumentou dramaticamente nas décadas passadas. Segundo os dados mais recentes do IBGE, relativos ao ano de 2006 e divulgados em dezembro de 2007, a expectativa média de vida dos brasileiros cresceu um pouco mais no ano passado e chegou a 72,3 anos. Um ano antes era de 71,9 anos. Na comparação com 1980, a taxa melhorou 15,7 por cento em relação à média de 62,52 anos registrada então. Infelizmente, as desigualdades e heterogeneidades são marcas do nosso país, e muitos brasileiros ainda não chegam à maturidade.

Por outro lado, podemos afirmar, sem chance de erros, que teremos muitas idosas, moradoras nos grandes centros urbanos, dentre aquelas com melhor nível educacional e boas condições socioeconômicas, atingindo a marca dos 100 anos de vida. Fato que até bem pouco era rara exceção. Embora seja definitivamente uma das maiores conquistas da humanidade, a extensão deste limite permanece controversa. Mais do que isso, ainda não são conhecidas as conseqüências de uma expectativa de vida ainda mais longa para a sociedade.

Trata-se de um tema multifacetado e complexo, motivo de grande interesse de novos estudos e pesquisas. O envelhecimento da sociedade tem acentuado as desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e as implicações sociais e em saúde se tornam desafios colossais para os atuais cenários políticos e sociais. Em agosto de 2007, por iniciativa da Associação Mundial de Demografia e da Universidade de St. Gallen, Suíça, um grupo de especialistas de todos os campos do conhecimento se reuniu em torno do tema “Envelhecimento Populacional Mundial e Gerações”. As conclusões

deste encontro mostram não apenas a dimensão da Gerontologia como também a sua complexidade. Segundo os relatórios, já se configuram várias novas questões na área da previdência social e da saúde, na necessidade de inovação, na criação de um novo mercado de trabalho, no estilo de vida, entre outros temas. O que significa muito trabalho e muitas oportunidades de contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas, para a área de Saúde Coletiva e para o bem-estar da população idosa brasileira.

Nesse último editorial do ano de 2007, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia se mostra atenta a estes fatos e aos desafios que se apresentam. Com a característica visão de futuro da UnATI/UERJ, instituição que hospeda esta Revista, este cenário nos incita a superar as dificuldades e a olhar de forma bastante positiva as perspectivas futuras.

Alguns fatos marcantes na política de saúde do país reforçam este otimismo. A Agência Nacional de Saúde Suplementar vem pouco a pouco se consolidando, seus quadros dirigentes mais qualificados foram mantidos nos seus postos e, neste ano, a ANS recebeu o reforço do Professor Hesio Cordeiro, um dos expoentes da Saúde Pública brasileira e pessoa muito atenta às transformações da área da saúde. O Professor Hesio ficará a frente da diretoria que cuida dos Projetos de Inovação e Pesquisa junto ao Setor Suplementar da Saúde. E o Ministério da Saúde, sob a administração do Ministro Temporão, aluno e discípulo de Hesio, está redirecionando as prioridades de saúde com foco na gestão qualificada e na utilização apropriada dos recursos que o setor possui.

Desse modo, a conjuntura político científica é bastante favorável ao desenvolvimento da produção do conhecimento na área do envelhecimento humano. Portanto – neste ano em que a UnATI/UERJ vem desenvolvendo estudos com o apoio do Ministério e da Agência e em que a produção científica da área do envelhecimento humano, expressa nos textos publicados pela Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, amplia-se com foco nas questões apresentadas nas conclusões de St. Gallen e nas diretrizes contemporâneas dos dirigentes maiores do Brasil na área da saúde – temos muito a esperar para 2008. Além disso, a UnATI inicia também um novo momento, com o explícito apoio do Governo do Estado e da nova Reitoria da UERJ eleita para o próximo quadriênio, que participou, desde a inauguração, deste exitoso projeto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Sabemos de todos os desafios à frente e estamos confiantes e motivados, pois o cenário do ano que entra apresenta um ambiente de circunstâncias muito favoráveis e de perspectivas alvissareiras. Um feliz 2008 para todos.

*Renato Veras*  
Diretor da UnATI/ UERJ e editor da RBGG

## Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente

*Genetics aspects of aging and related diseases: a complex network of interactions between genes and environment*

Maria Gabriela Valle Gottlieb<sup>1</sup>  
Denise Carvalho<sup>b</sup>  
Rodolfo Herberto Schneider<sup>c</sup>  
Ivana Beatrice Manica da Cruz<sup>d</sup>

### Resumo

O envelhecimento é um processo dinâmico, no qual ocorrem modificações do nível molecular ao morfo-fisiológico, logo após a maturidade, que induzem ao declínio orgânico, aumentando a susceptibilidade e vulnerabilidade a doenças e à morte. A genética do envelhecimento dedica-se ao estudo da contribuição hereditária da espécie e sua interação com o ambiente, que incidem no aumento de modificações biológicas ao longo do tempo. Fez-se uma revisão sobre estudos realizados na área e que sugerem que o envelhecimento está sob um controle genético-ambiental. Exceto em síndromes, a contribuição genética, tanto para o tempo de vida quanto algumas doenças crônicas (Alzheimer, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2), é relativamente baixa. Este fato demonstra que fatores ambientais, como estilo de vida e dieta, desempenham papel fundamental no fenótipo do envelhecimento. Ou seja, a genética não é uma rota determinística, e cada vez mais pode ser “manipulada” em benefício da saúde. Além disso, o conhecimento da genética do envelhecimento e doenças associadas proporciona, cada vez mais, a elaboração de instrumentos clínicos para o benefício das pessoas idosas.

### Palavras-chave:

envelhecimento;  
processos fisiológicos;  
susceptibilidade;  
vulnerabilidade;  
genética médica;  
estilo de vida; dieta;  
fenótipo; revisão  
[tipo de publicação]

### Abstract

Aging is a dynamic process, when changes occur from the molecular to the morfo-physiological level, after maturity, leading to the organic decline, increasing susceptibility and vulnerability to diseases and to death. The genetics of aging studies the hereditary contribution of species and interaction with environment, causing biological modifications along time. It is a review of studies on this

Correspondência / *Correspondence*  
Maria Gabriela Valle Gottlieb  
Av Ipiranga, 6690, 3º andar  
90610-000 – Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: vallegot@hotmail.com

subject, suggesting that aging is under a genetic-environmental control. Except for syndromes, the genetic contribution such as life span and some chronic diseases (Alzheimer, cardiovascular diseases and diabetes mellitus type 2) is relatively low. This shows that environmental factors, such as life style e diet, play a fundamental role on aging phenotypes. Genetics is not a deterministic route, and more and more it can be “manipulated” on behalf of health. Moreover, knowledge on the genetic of aging and associated diseases will provide more clinical instruments to benefit elderly people.

**Key words:** aging; physiological processes; susceptibility; vulnerability; genetics, medical; life style; diet; phenotype; review [publication type]

## EXISTE DIFERENÇA ENTRE DESENVOLVIMENTO E ENVELHECIMENTO?

O organismo humano, desde sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. E de maneira semelhante às outras fases do desenvolvimento, o envelhecimento também é marcado fundamentalmente por uma série de mudanças que vão desde o nível molecular até o morfofisiológico. Essas mudanças têm início relativamente cedo, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento.<sup>3</sup>

Em animais complexos, incluindo os seres humanos, o processo de envelhecimento é inexorável. Tal processo condiciona a um progressivo decréscimo na capacidade fisiológica e na redução da habilidade de respostas ao estresse ambiental, levando a um aumento da suscetibilidade e vulnerabilidade a doenças.<sup>24</sup>

A par dessas evidências, somente na segunda metade do século passado é que o estudo do envelhecimento e doenças associadas abandonou a província das especulações,

e os estudos experimentais e clínicos multiplicaram-se. Em seguida, muitos aspectos do envelhecimento e do idoso passaram a ser discutidos e mais bem conhecidos, permitindo, então, que o estudo aprofundado do fenômeno envelhecimento passasse para ramo central do desenvolvimento científico. A fisiologia celular e a compreensão da imensa rede interconectada do genoma humano têm demonstrado que o fracasso em manter a eficácia de toda a maquinaria que constitui o organismo vivo é um fator inerente ao seu desenho evolutivo, mas não impossível de ser manejado.

Neste sentido, um questionamento feito freqüentemente é se existiria diferença entre desenvolvimento e envelhecimento? Considerando que no momento da fecundação o organismo passa a se autodeterminar, em termos de crescimento e morfo-diferenciação, e assim continua ao longo do seu amadurecimento e reprodução, o envelhecimento seria a última etapa do desenvolvimento.

Entretanto, muitas vezes o termo desenvolvimento é utilizado para identificar todas as mudanças que parecem conduzir a um aumento e eficácia do funcionamento de um organismo. O termo envelhecimento, embora seja difícil estabelecer uma definição con-

ceitual, é freqüentemente empregado para descrever as mudanças morfofuncionais ao longo da vida, que ocorrem após o período reprodutivo sexual e que progressivamente comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia.<sup>18</sup> Finch<sup>7</sup> ressalta que o envelhecimento apresenta, como única característica universal, a observação dessas mudanças ao longo do tempo, independentemente de terem ou não efeito deletério sobre a vitalidade e longevidade. O termo envelhecimento também é usado para descrever virtualmente todas as mudanças dependentes do tempo às quais as entidades biológicas, das moléculas aos ecossistemas, são sujeitas, embora os mecanismos e conseqüências para a função possam ser bastante diferentes.<sup>18</sup>

Em revisão sobre a biologia do envelhecimento, Troen<sup>24</sup> descreveu que existiriam dois tipos de envelhecimento: o biológico normal e o usual. O envelhecimento normal envolve as mudanças biológicas inexoráveis e universais, características do processo, tais como cabelos brancos, rugas, menopausa, perda da função renal, etc. Entretanto, no envelhecimento usual, além destas alterações biológicas, observamos o aumento da prevalência de doenças crônicas. Essas doenças se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, oriundos sobretudo da interação entre fatores genéticos com hábitos não-saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Um estilo de vida inapropriado acaba aumentando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra da homeostasia corporal. Tal

fato torna o indivíduo pouco a pouco mais suscetível a lesões orgânicas, culminando no desencadeamento de patologias associadas. Adicionalmente, a alteração da homeostase em indivíduos idosos é provavelmente o resultado de um programa genético que determina uma maior ou menor suscetibilidade e vulnerabilidade a doenças, e em última instância, a morte. Dentre as patologias associadas à idade, a doença cardiovascular é uma das principais representantes do cenário usual de doenças associadas ao envelhecimento. Esta constatação pode ajudar na identificação de causas intrínsecas (genes) e extrínsecas (ambiental) que afetam de maneira singular e diferencial o processo de envelhecimento em cada indivíduo.

## A GENÉTICA DO ENVELHECIMENTO

O estudo da genética do envelhecimento surge como mais uma ferramenta imprescindível para ajudar a montar o quebra-cabeça complexo e intricado que é o processo de envelhecimento e morte de um organismo. O estudo abrange a análise de padrões de herança que determinam a variação na amplitude de tempo de vida e o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas associadas.

Dentro da genética do envelhecimento existem três importantes focos de estudo com abordagens inter-relacionadas, as quais podemos citar:

1. estudo da herança genética familiar: os estudos em genética humana são mais difíceis de serem realizados do que em animais inferiores e em plantas, devido a uma série de

questões éticas e metodológicas envolvidas, mas em estudos familiares, sobretudo com gêmeos, tanto monozigóticos quanto os dizigóticos, é possível verificar que os princípios da hereditariedade também têm validade com relação ao modo de transmissão de inúmeros caracteres humanos. A hereditariedade é uma força conservadora que confere estabilidade a sistemas biológicos. Contudo, nenhum mecanismo composto de moléculas e sujeito aos impactos e interferências do ambiente pode ser perfeito. Com isso é possível produzir seqüências alteradas de DNA-Mutações que são perpetuadas.<sup>5</sup>

Entre os princípios mais importantes da hereditariedade estão os de que o fluxo de informações do genótipo para o fenótipo é unidirecional e que as unidades hereditárias transmissíveis mantêm sua identidade de geração para geração. Contudo, o ambiente pode interferir na transmissão dos caracteres hereditários e induzir a variação. Assim, a não-linearidade da resposta de alguns genótipos à mudança de ambiente resulta na existência de fenótipos distintos como produtos dessa interação. Isso explica por que muitas doenças crônicas (Alzheimer, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2) têm herdabilidade relativamente baixa, menos de 40%.<sup>6,25</sup> Os estudos com gêmeos e de história familiar fornecem informações valiosas em relação ao padrão de herança de determinada característica (ligada ao sexo, autossômica dominante ou recessiva, etc.), a distribuição das frequências alélicas e genotípicas dentro de uma população, mas, acima de tudo, contribui imensamente para o entendimento das doenças crônico-degenerativas que afetam o segmento idoso.

2. estudo das modificações epigenéticas do envelhecimento: refere-se ao estudo de mudanças na expressão gênica que ocorrem sem uma mudança na seqüência de DNA. Pesquisas têm mostrado que mecanismos epigenéticos proporcionam um controle transcricional extra, que regulam o modo como os genes são expressos. Esses mecanismos são componentes críticos no crescimento e desenvolvimento normal das células. O genoma humano contém 23.000 genes que devem ser expressos em células específicas em tempo precisos. Mudanças estruturais da cromatina influenciam a expressão gênica: genes são inativados quando a cromatina está condensada (silenciosa); genes são ativados quando a cromatina está aberta (ativa). Estes estados dinâmicos da cromatina são controlados por padrões epigenéticos reversíveis, como metilação do DNA e modificações em histonas.<sup>21,4</sup> Diversos estudos têm mostrado que anormalidades epigenéticas estão envolvidas no câncer, desordens genéticas e síndromes pediátricas, bem como contribui para doenças autoimunes e envelhecimento.<sup>20</sup>

3. estudo da expressão de genes associados ao envelhecimento: em humanos, o estudo da expressão de genes associados ao envelhecimento está amplamente direcionado para genes mutados, que são responsáveis pela aceleração do processo de envelhecimento, do que genes que podem retardar esse processo. A existência de doenças geneticamente herdáveis que manifestam vários fenótipos do envelhecimento são conhecidas há bastante tempo. Tais distúrbios genéticos são denominados de síndromes progeróides, porque elas

aceleram alguns, mas não todos, os sinais do envelhecimento normal (Tabela 1). As síndromes progeróides são causadas por mutações em um gene que está envolvido em um ou mais processos de manutenção e integridade

do genoma (replicação, reparo, transcrição e recombinação) para a manutenção somática durante o envelhecimento. Alguns genes são importantes candidatos associados ao envelhecimento, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais de síndromes progeróides e as patologias associadas ao envelhecimento precoce em humanos.<sup>12,13,14,15</sup>

Síndrome Progeróide	Herança	Defeito genético	Expectativa de Vida Máxima (anos)	Patologias Associadas ao Envelhecimento	Alterações Celulares	Alterações Moleculares
Síndrome de Werner	Autossômica Recessiva	Mutação no Gene WRN (família das helicases)	60	Atrofia da pele, perda de cabelo, atrofia muscular, osteoporose, aterosclerose, catarata, diabetes, hiperlipidemia, hipogonadismo e câncer	Rearranjo cromossômico, capacidade reduzida de replicação celular, desenvolvimento lento	Aumento da taxa de mutação, rápido encurtamento dos telômeros, replicação e reparo do DNA defeituoso.
Hutchinson-Gilford-Progeria	Autossômica Dominante	-	25	Atrofia da pele, perda da gordura subcutânea, perda da massa óssea, aterosclerose, hipogonadismo	-	Reparo do DNA defeituoso
Síndrome de Down	Esporádica	Trissomia do 21	70	Amiloidose, Alzheimer, doença vascular, leucemia, diabetes, catarata, hipogonadismo		Elevada síntese do precursor da proteína amilóide (APP), reparo do DNA defeituoso
Síndrome de Cockayne	Autossômica Recessiva	Mutação no gene Cs-B uma ATPase da família Swi2. Mutações em genes da família das helicases	40(?)	Perda da gordura subcutânea, fotosensibilidade na pele, neurodegeneração, hipogonadismo	Sensível aos raios UV	Falha na transcrição e no reparo de nucleotídeos excisados
Ataxia Telangiectasia	Autossômica Recessiva	Perda da ATM, uma proteína kinase do PI-3	40-50	Neurodegeneração, imodeficiência, câncer, alterações oculocutâneas, telangiectasias, hipogonadismo	Interrupções no reparo ciclo celular, rearranjo cromossômico, sensibilidade a radiação ionizante, reduzida capacidade replicativa	Encurtamento telomérico, defeitos no reparo do DNA

No ser humano é muito difícil separar a genética do envelhecimento, da genética da longevidade. Isto porque os diferentes genes envolvidos para uma maior ou menor longevidade podem responder a diversos estímulos ambientais, que quando somados podem afetar diretamente no fenótipo, podendo acelerar ou retardar o processo de envelhecimento. Deste modo, estudos que estabeleçam as relações e interações entre polimorfismos genéticos, ambiente, envelhecimento e resposta adaptativa são fundamentais para o entendimento da determinação dos diferentes fenótipos ligados ao envelhecimento.

## GENES DA LONGEVIDADE

Uma variedade de evidências indica que o envelhecimento e a longevidade estão sujeitos à regulação gênica, porém somente na década passada a identidade desses genes começou a ser desvendada. As investigações em modelos experimentais, principalmente em invertebrados (*C. elegans* e *Drosophila melanogaster*), têm proporcionado grandes avanços na descoberta de “genes da longevidade”. Alguns autores denominam os genes responsáveis pela manutenção funcional dos níveis organizacionais de vitagenes ou gerontogenes.<sup>19</sup> (Rattan) Quadro 1

Quadro 1 - Diferentes níveis organizacionais corporal responsáveis pela manutenção funcional no envelhecimento e longevidade dos seres humanos de acordo com Rattan.<sup>16</sup>

Níveis Organizacionais	Componentes
Molecular	Manutenção e reparo do genoma (DNA) Fidelidade na Transferência da informação genética Turnover de macromoléculas Síntese de proteínas de estresse Controle de radicais livres
Celular(morfo-bioquímico)	Manutenção da diferenciação celular Controle e regulação da manutenção celular Estabilidade das condições homeostáticas da célula incluindo: manutenção do pH, viscosidade, balanço iônico, controle hídrico Estabilidade das membranas celulares Manutenção das funções celulares
Histológico e de Órgãos	Neutralização e remoção de substâncias químicas tóxicas\ Regeneração tecidual Morte Celular
Fisiológico	Resposta neuronal Resposta hormonal Resposta imune Resposta ao Estresse Termoregulação

A convicção de que genes, bem como o ambiente e fatores comportamentais podem influenciar a taxa de envelhecimento dentro de uma espécie, se consolidou a partir da demonstração de que é possível selecionar linhagens de *Drosophila* com longevidade aumentada ou curta. Com relação à mosca-das-frutas *Drosophila*, cientistas têm identificado uma variedade de mutações que aumentam a expectativa de vida ou modificam a extensão da expectativa de vida, através de outras mutações ou por interações genético-ambientais.<sup>12</sup> Tais genes são denominados genes da longevidade. Entretanto, camundongos também são ótimos modelos experimentais muito utilizados em estudos sobre o desenvolvimento e envelhecimento, devido a sua anatomia mais complexa e ao conhecimento a respeito de seu metabolismo e fisiologia. Alguns genes já foram identificados, e mutações nos mesmos, afetando a sua função, influenciam no desenvolvimento e na longevidade. Os genes da longevidade podem influenciar na expectativa de vida de várias formas:<sup>19,12</sup>

1. a total ou parcial ablação do gene pode aumentar ou diminuir a expectativa de vida;
2. a superexpressão do gene ou um alelo particular pode aumentar ou diminuir a expectativa de vida;
3. a interação com o ambiente pode interferir na extensão da expectativa de vida.

Mas afinal, que genes seriam estes e em que rotas metabólicas estariam atuando?

**GENES QUE “CAUSAM” O ENVELHECIMENTO:** esta categoria inclui genes

que desencadeiam o processo de envelhecimento precoce. Os exemplos clássicos destes genes que levam ao acúmulo acelerado das modificações biológicas associadas ao envelhecimento e à morte precoce dos seus portadores são: o gene da Síndrome de Hutchinson-Gilford e da Síndrome de Werner (WRN).<sup>12</sup>Tabela 1

**GENES QUE ALTERAM A LONGEVIDADE ASSOCIADOS A DOENÇAS:** genes que causam ou aumentam o risco de doenças podem levar a uma diminuição dramática da expectativa de vida. Entretanto, apesar de existirem evidências de que determinados genes estejam associados à longevidade, é muito difícil que todos os genes candidatos ao aumento ou encurtamento da mesma o sejam para todas as populações humanas. Sendo o envelhecimento e, portanto, a longevidade, uma característica multifatorial, a não ser nos casos das síndromes de Werner e progeria, as demais mutações associadas à longevidade dependem provavelmente da interação de outras variáveis. Exemplos de genes associados à longevidade têm sido descobertos com relativa frequência nos últimos anos: apolipoproteína E (APO E), enzima conversora da angiotensina (ECA), PAI-1, MnSOD (superóxido dismutase dependente de manganês), genes do complexo de histocompatibilidade (MHC), entre outros.<sup>12</sup>Tabela 2

**GENES QUE DETERMINAM O TIPO DE IDOSO QUE SEREMOS:** existem muitos genes envolvidos com o processo de envelhecimento e com o surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis. Contudo, as diferenças na genética de cada ser hu-

mano podem ajudar a determinar como e quando teremos cabelos brancos ou desenvolveremos algumas patologias, como: osteoporose, diabetes tipo II, declínio cognitivo, senescência imune ou outras complicações. Alguns autores

têm descrito mutações que produzem uma ou mais mudanças em diversos níveis (molecular, fisiológico e bioquímico) em idosos, que podem acelerar processos patológicos.<sup>12</sup> Alguns exemplos estão listados na tabela 2.

Tabela 2 - Genes que desempenham papel protetor contra o aparecimento de doença associadas ao envelhecimento em humanos

Gene	Função/Características	Comentários	Referências
APO E	Metabolismo das lipoproteínas	O alelo E2 é frequentemente encontrado em centenários, enquanto que o alelo E4 está associado a estados demenciais e DCV.	Schachter et al. 1994 <sup>18</sup>
ECA	Enzima conversora de Angiotensina	Desempenha um papel importante na pressão sanguínea.	Schachter et al. 1994 <sup>18</sup>
PAI1	Ativador do Inibidor de Plasminogênio	Desempenha um papel importante na coagulação sanguínea, afetando assim o risco de infarto.	Mannucci et al. 1997 <sup>19</sup>
HLA-DR	Complexo Maior de Histocompatibilidade	A variante DR é frequente em centenários; resistentes a infecções e inflamações?	Ivanova et al. 1998 <sup>20</sup>
WRN	Síndrome autossômica dominante	Gene responsável pela síndrome de Werner; mutação leva ao envelhecimento precoce e uma série de doenças associadas, como: câncer, cataratas, osteoporose etc.	Yu et al. 1996 <sup>21</sup> Huang et al. 1998 <sup>22</sup> Martin and Oshima 2000 <sup>23</sup>

### EPIDEMIOLOGIA DO CURSO DE VIDA: modificações do programa genético do desenvolvimento

Evidências científicas mais recentes sugerem que não é só o estilo de vida do indivíduo adulto que interfere na evolução de doenças na velhice. As condições de vida pré-natal e pós-natal também são importantes e precisam ser controladas, a fim de diminuir a prevalência dessas doenças na população. Estudos mostraram que condições de desnutri-

ção detectadas pelo baixo-peso ao nascer tornam esses indivíduos mais suscetíveis a doenças cardiovasculares na fase adulta, bem como a deficiência de alguns compostos nutricionais, como é o caso do folato.

Estudos recentes têm demonstrado que, ainda que a deficiência do folato na gestação não chegue a gerar fetos malformados, a mesma modifica padrões do desenvolvimento (principalmente do cérebro) que aumentam a suscetibilidade da criança para desen-

volver, na fase da adolescência e do adulto jovem, distúrbios neuropsiquiátricos como a esquizofrenia, etc. A influência da nutrição materno-infantil nas doenças adultas é explicada através da hipótese de que a deficiência do folato faz com que as células que estão sendo formadas no embrião precisem se adaptar metabolicamente à falta do composto. Tal adaptação, que não é esperada no desenvolvimento normal, é transmitida a todas as células que se originarão e, assim, permanecem na fase adulta e idosa da pessoa.<sup>23</sup>

As evidências de que as condições intra-uterinas podem afetar a suscetibilidade a doenças crônicas não-transmissíveis nos idosos impulsionaram a construção de um novo conceito da “epidemiologia do curso de vida”.<sup>15</sup>

Segundo a hipótese de Baker et al.<sup>1</sup>, fatores ambientais, principalmente a nutrição, atuam em estágios iniciais do desenvolvimento, programando os riscos para o surgimento precoce de doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, bem como morte prematura (adultos jovens). A hipótese gerada por Baker et al.<sup>1</sup> propunha que alterações na nutrição e no estado endócrino do feto resultariam em adaptações de desenvolvimento que modificariam permanentemente sua estrutura, fisiologia e metabolismo.

Talvez este seja o mais dramático exemplo de que a interação gene-ambiente afete o envelhecimento e a longevidade. Isto porque o desenvolvimento, em todos os estágios, obedece a um programa genético bem estabelecido, ainda que tenha alguns períodos mais flexíveis a respostas ambientais. Sendo assim,

a interferência na programação genética do desenvolvimento cria uma cascata de eventos metabólicos que atuam na vida tardia do indivíduo. Talvez esta seja uma das explicações da razão pela qual muitas vezes indivíduos sem risco genético ou ambiental aparente acabam desenvolvendo tais morbidades.

A idéia de que os estados nutricionais da fase intra-uterina e do início da infância podem afetar a prevalência de doenças crônico-degenerativas atinge o Brasil de modo dramático, já que a população mais pobre, além de ser mais suscetível às doenças transmissíveis, tende a concentrar grupos mais suscetíveis a doenças crônico-degenerativas como obesidade, hipertensão, dislipidemia, doenças cardiovasculares, entre outras.

Nestes termos, o lançamento de programas de prevenção baseados no repasse de informações a indivíduos adultos ou idosos também deve ser feito de modo paralelo à implementação de um programa de educação para a saúde, a partir da idéia de que os educadores de todos os níveis e especializações precisam ser capacitados com conhecimento que permita desenvolver metodologias educacionais voltadas à formação de uma nova consciência, tanto nas novas gerações quanto nas mais idosas, com vistas a uma vida saudável.

## CONCLUSÃO

Os conhecimentos sobre genética, biologia molecular e evolutiva do envelhecimento, aliados aos fatores ambientais, tais como nutrição, estilo de vida e características biopsi-

cossociais, são o caminho para se começar a desvendar a rede de complexidade biológica que envolve os processo de saúde, doença, envelhecimento e longevidade humana. A partir desses conhecimentos, será possível desenvolver drogas mais eficazes e com menos efeitos adversos, bem como construir estratégias que permitirão “a personalização da prevenção” de múltiplas doenças ligadas ao envelhecimento, desde as fases mais precoces da vida.

## NOTAS

- <sup>a</sup> Bióloga, Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pesquisadora Associada no Laboratório de Genômica do Desenvolvimento, Departamento de Morfologia, Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: vallegot@hotmail.com.
- <sup>b</sup> Farmacêutica, Doutora em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora no Departamento de Biologia e Farmácia da Universidade de Santa Cruz. Pesquisadora Associada no Laboratório de Genômica do Desenvolvimento, Departamento de Morfologia, Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: dpuc@terra.com.br
- <sup>c</sup> Médico Geriatra, Mestre e Doutor em Clínica Médica – área de concentração em Geriatria, professor no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, chefe do Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS.
- <sup>d</sup> Bióloga, Doutora em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta e Pesquisadora no Departamento de Morfologia, Centro de Ciências da Saúde. Laboratório de Genômica do Desenvolvimento, Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: ibmcruz@hotmail.com

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos especialmente à professora doutora Carla Schwanke, pelo auxílio prestado aos autores deste artigo.

## REFERÊNCIAS:

1. Barker DJ, Osmond C, Golding J, Kuh D, Wadsworth ME. Growth in utero, blood pressure in childhood and adult life, and mortality from cardiovascular disease. *Bone Miner J* 1989; 298:564-7.
2. Bohr VA, Dianov G, Balajee A, May A, Orren DK. DNA repair and transcription in human premature aging disorders. *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc* 1998;3:11-3.
3. Carvalho Filho ET. Fisiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.60.
4. Feinberg AP, Tycko B. The history of cancer epigenetics. *Nat Rev Cancer* 2004; 4:143-53.
5. Finch CE, Tanzi RE. Genetics of aging. *Science* 1997; 278: 407-11.
6. Finch CE, Ruvkun G. The genetics fo aging. *Annu Rev Genomics Human Genet* 2001; 2: 435-62.
7. Finch CE. *Longevity, senescence and the genome*. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
8. Fry M, Loeb LA. The three faces of the WS helicase. *Nat. Genet* 1998; 19: 308-9.
9. Goto M. Hierarchical deterioration of body systems in Werners syndrome: implications for normal ageing. *Mech. Ageing Dev* 1997; 98: 239-54.
10. Hayflick L. *Como e porque envelhecemos*. São Paulo: Campus; 1996. 366p.
11. Huang S, Li B, Gray MD, Oshima J, Mian IS, Campisi J. The premature aging syndrome protein, WRN, is a 3¢ to 5¢ exonuclease. *Nature Genetics* 1998; 20: 114-6.
12. ILC Workshop Report: longevity genes: from primitive organisms to humans. *International Longevity Center – USA*. 2002.

13. Ivanova R, Henon N, Lepage V, et al. HLA-DR alleles display sex-dependent effects on survival and discriminate between individual and familial longevity. *Hum. Mol. Genet* 1998; 7: 187–94.
14. Johnson B, Sinclair DA, Guarente L. Molecular biology of aging. *Cell* 1999; 96: 291–302.
15. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life Course Epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:778–83.
16. Mannucci PM, Mari D, Merati G et al. Gene polymorphisms predicting high plasma levels of coagulation and fibrinolysis proteins. A study in centenarians. *Arterioscler. Thromb. Biol* 1997; 17: 755–9.
17. Martin GM, Oshima J. Lessons from human progeroid syndromes. *Nature* 2000; 408: 263–6.
18. Oliveira KA, DA Cunha GL, DA Cruz IBM, et al. Estudo da longevidade e envelhecimento no modelo experimental *Drosophila melanogaster*. In: Sacchet FAM, organizadora. *Genética para que te quero?* 1. ed. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999. p. 195-200.
19. Rattan SI. The nature of gerontogenes and vitagenes: antiaging effects of repeated heat shock on human fibroblasts. *Ann. N.Y. Acad. Sci* 1998; 854(1):54-60.
20. Rodenhiser D, Mann M. Epigenetics and human disease: translating basic biology into clinical applications. *CMAJ* 2006; 174 (3):160-7.
21. Rountree MR, Bachman KE, Herman JG, et al. DNA methylation, chromatin inheritance, and cancer. *Oncogene* 2001; 20: 3156-65.
22. Schachter F, Faure-Delanef L, Guenot F, et al. Genetic association with human longevity at the APOE and ACE loci. *Nature Genetics* 1994, 6: 29–32.
23. Stover PJ, Garza C. Bringing individuality to public health recommendations. *J Nutr* 2002 Aug; 132(8 Suppl):2476S-80S.
24. Troen RB. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal Of Medicine* 2003, 70(1): 3-22.
25. Willitt WC. Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science* 2002; 296:695-8.
26. Yu CE, Oshima J, Fu FH, et al. Positional cloning of the Werner's syndrome gene. *Science* 1996; 272: 258–62.

Recebido em: 25/5/2007

Aceito: 1/8/2007



## Independência funcional e os fatores que a influenciam no âmbito de assistência domiciliar ao idoso

*Functional independence and factors that influence it in the scope of home care to elderly people*

Alessandra Barbosa Lopes<sup>1</sup>  
Juliana Maria Gazzola<sup>b</sup>  
Naira Dutra Lemos<sup>c</sup>  
Natalia Aquorini Ricci<sup>d</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Verificar os fatores associados à independência funcional de idosos em assistência domiciliar. **Método:** Estudo clínico quantitativo, descritivo-analítico com corte transversal realizado por meio de investigação de 80 prontuários de idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Resultados:** A amostra de idosos foi composta por uma maioria feminina (76,3%), viúva (57,5%), idade avançada ( $83,36 \pm 7,67$ ) e acamada (50%). Os idosos em geral apresentaram baixa pontuação na MIF total ( $61,08 \pm 33,10$ ), MIF motora ( $41,03 \pm 24,38$ ) e MIF cognitiva ( $20,05 \pm 10,77$ ), revelando uma dependência funcional. A presença de várias co-morbidades associadas e polifarmácia tiveram correlação positiva fraca significativa com a piora na pontuação da MIF cognitiva. A presença de doenças da pele e/ou tecido subcutâneo, transtornos mentais e estar acamado foram fatores associados à piora na pontuação da MIF total, motora e cognitiva. A presença de doenças do sistema nervoso esteve associada ao declínio da MIF total e motora. **Conclusões:** O reconhecimento dos fatores associados ao declínio funcional (classes específicas de doenças, polifarmácia e tipo de locomoção) pode conduzir os profissionais a uma intervenção que assista aos principais problemas, antes mesmo que eles se instalem e venham a prejudicar a qualidade de vida dos idosos.

### Palavras-chave:

saúde do idoso;  
idoso débil;  
pacientes domicilia-  
res; assistência  
domiciliar

Correspondência / Correspondence  
Alessandra Barbosa Lopes  
R Francisco Tosin, 67 – Santa Tereza III  
17507-252 – Marília, SP, Brasil  
E-mail: allefisio@yahoo.com.br

## Abstract

**Introduction:** To verify the factors associated to functional independence of elderly in home care assistance. **Method:** Analytical description of a cross-sectional study was accomplished through 80 handbooks of elderly people assisted in a Home Care Program. **Results:** The elderly sample was composed of a majority feminine (76,3%), widows (57,5%), advanced age ( $83,36 \pm 7,67$ ) and bed rest (50%). They presented a low punctuation in total FIM ( $61,08 \pm 33,10$ ), motor ( $41,03 \pm 24,38$ ) and cognitive ( $20,05 \pm 10,77$ ), developing a functional dependence. The presence of several disease associated and high consumption of drugs had a significant weak positive correlation with a decrease in the punctuation of cognitive FIM. The presence of skin disease and/or subcutaneous tissue, mental problems and to be rest are issues associated with the decrease in punctuation of total FIM, motor and cognitive. The presence of nervous systems disease was associated with functional decline of total FIM and motor. **Conclusions:** The acknowledgement of factors associated to functional decline (specific classes of disease, high consumption of drugs and kind of locomotion) can lead to a professional assistance of the main problems, before they are installed and come to impair elderly people's quality of life.

**Key words:** aging;  
health of the elderly;  
frail elderly;  
homebound persons;  
home nursing

## Introdução

A modalidade de assistência domiciliária (AD) foi criada como uma alternativa aos atendimentos hospitalares e ambulatoriais tradicionais, com o intuito de prestar assistência de saúde àqueles que necessitavam de cuidados, intensivos ou não, com condições de serem realizados no próprio domicílio<sup>1,3,17,30,33,34</sup>.

Dentre os pacientes que utilizam esse tipo de atendimento, destacam-se aqueles com doenças crônicas não-transmissíveis. Noventa e quatro por cento dos idosos apresentam ao menos uma doença crônica, o que acarreta a necessidade de um controle clínico-funcional em longo prazo<sup>21</sup>. A falta desse controle predispõe ao desenvolvimento de limitações e incapacidades permanentes<sup>1,3</sup>.

Kuo *et al.* destacaram vantagens no atendimento domiciliar específico ao idoso, como a melhora na saúde mental, estado funcional e nenhum aumento nos custos<sup>11</sup>. Os autores ainda ressaltam que esse tipo de programa não visa somente à sobrevivência, mas também promove o retardamento da institucionalização, redução de custos e melhoria da qualidade de vida<sup>11</sup>. A fim de alcançar os objetivos supracitados, os programas de AD em Gerontologia preocupam-se em maximizar a autonomia e independência dos idosos<sup>3</sup>, uma vez que a qualidade de vida destes é afetada diretamente pela capacidade funcional<sup>34</sup>.

Por esta razão, o tratamento do idoso requer o empenho de uma equipe multiprofissional que utiliza uma avaliação abrangente multidimensional, para traçar a forma mais adequada de assistência. Nessa

avaliação abrangente, é essencial a análise da capacidade funcional por meio das atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária. Esse tipo de avaliação pode ser realizado por meio da aplicação de instrumentos como a Medida de Independência Funcional (MIF).

A MIF avalia o grau de independência funcional durante a realização das tarefas de vida diária, quantificando o que indivíduo é capaz de realizar de forma independente ou com auxílio de terceiros. A versão brasileira da MIF foi validada, apresentando boa reprodutibilidade e confiabilidade na sua aplicação<sup>8,9,10,22,23,26</sup>.

Apesar de reconhecido, por meio da MIF, que essa modalidade pode manter ou retardar o nível funcional dos idosos no período de um ano<sup>25</sup>, ainda não se sabe quais são os fatores relacionados ao grau de capacidade funcional dos idosos atendidos no domicílio para que se possam instaurar medidas de tratamento e prevenção, possibilitando não somente a manutenção, mas também a promoção da melhora funcional.

Por esta razão, atualmente estão sendo desenvolvidos estudos que investigam os fatores associados à capacidade funcional. No âmbito hospitalar, verificou-se que entre as variáveis que influenciaram na piora da capacidade funcional dos idosos internados, destacaram-se o baixo grau de escolaridade, o pronto-socorro como via de entrada, histórico de quedas, dias de internação, estado cognitivo, estado de confusão aguda e complicação clínica<sup>31</sup>. Em

idosos residentes na comunidade, a dependência moderada/grave esteve associada às características de ser analfabeto, aposentado, pensionista, dona-de-casa, não ser proprietário de moradia, ter mais de 65 anos, ter composição familiar multigeracional, ter sido internado nos últimos seis meses, ser “caso” no rastreamento de saúde mental, não visitar amigos, ter problemas de visão, ter história de derrame, não visitar parentes e ter avaliação pessimista da saúde ao se comparar com seus pares<sup>28</sup>. Embora esses estudos auxiliem a detectar problemas relacionados à capacidade funcional da população idosa em geral, é necessário compreender as especificidades relacionadas a cada modalidade de assistência à saúde, já que é reconhecido que o grau de dependência se relaciona com o serviço em que o idoso está inserido.

Devido à necessidade de desenvolvimento de melhorias no atendimento e qualidade de vida ao idoso, considerando haver poucos estudos na área, o presente estudo tem como objetivo verificar os fatores associados à independência funcional dos idosos no âmbito da assistência domiciliar.

## MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado estudo clínico quantitativo do tipo descritivo-analítico com corte transversal, por meio de investigação de fontes indiretas de dados (prontuários). O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob protocolo n°1.569/06.

A amostra foi constituída por 80 prontuários de idosos atendidos no Programa de Assistência Domiciliária ao Idoso (PADI), vinculado à Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), no período de outubro de 2003 a outubro de 2006.

O PADI é formado por uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, dentista e nutricionista.

Na admissão do idoso no programa é realizada uma avaliação multidimensional, da qual foram selecionados os dados deste estudo. Os prontuários cuja avaliação inicial se apresentava incompleta foram excluídos da amostra. Foi realizado roteiro estruturado para a coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e funcionais da primeira avaliação multidimensional que constava no prontuário do idoso.

Os dados sociodemográficos analisados incluem idade, gênero, estado civil, escolaridade, vínculo do cuidador e tempo de cuidado. Os dados clínicos coletados foram: número de doenças, classificação das doenças de acordo com os capítulos que compõem o Código Internacional das Doenças – CID<sup>20</sup>, tipo de locomoção e o número de medicamentos utilizados.

A locomoção foi subdividida em três categorias (bengala, andador e acamado). A categoria bengala incluiu os idosos que possuíam marcha independente e os que necessitavam

do dispositivo bengala para realizar a deambulação. A categoria andador incluiu os indivíduos que necessitavam deste dispositivo para locomoção. A categoria acamado era composta pelos pacientes que não eram capazes de realizar a deambulação, podendo ou não fazer uso da cadeira de rodas por terceiros.

No PADI os dados funcionais são avaliados por meio da MIF, que é aplicada por profissional da área da saúde, sendo realizada no domicílio do paciente por meio de entrevista com o cuidador. Segundo o estudo de Ricci *et al.*, esta forma de medida pela percepção do cuidador é tão confiável quanto a observação direta do desempenho das tarefas, com a vantagem de ser mais rápida e reduzir o viés de déficits cognitivos<sup>24</sup>.

A MIF apresenta propriedades psicométricas comprovadas e sensibilidade para detectar as mínimas alterações funcionais, mensurando tanto o que indivíduo é capaz de realizar de forma independente ou com auxílio de terceiros<sup>9,10,23</sup>.

O instrumento avalia 18 tarefas, pontuadas de acordo com o grau de dependência, que varia de um (dependência total) a sete (independência total), sendo que seu escore total mínimo é de 18 e o máximo de 126 pontos. As tarefas são agrupadas em seis dimensões: autocuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. O escore total da MIF, também conhecido como MIF total, pode ser dividido em duas subescalas: a MIF motora (engloba as dimensões autocuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção), com

pontuação de um a 91 pontos, e a MIF cognitiva (engloba as dimensões comunicação e cognição social), que varia de um a 35 pontos<sup>19,23,25,27</sup>.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi feita por meio de estatística descritiva simples para caracterização dos resultados, e análise inferencial para verificar as associações do escore da MIF com as demais variáveis. As associações entre o escore da MIF total, MIF motora e MIF cognitiva (variáveis quantitativas dependentes) e as variáveis qualitativas categóricas dicotômicas foram calculadas por meio do teste T-Student. As associações entre o escore da MIF total, MIF motora e MIF cognitiva e as variáveis qualitativas com três ou mais categorias foram verificadas por meio da análise de variância (ANOVA) e realização do teste de Tuckey, para os casos em que ocorreu significância ( $p < 0,05$ ). As associações entre o escore da MIF total, MIF motora e MIF cognitiva e as variáveis quantitativas numéricas foram calculadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ).

Todos os testes foram realizados com nível de significância fixado em 0,05, e os cálculos executados com auxílio do *software* SPSS

10.0 for Windows (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 10.0).

## RESULTADOS

Foram analisados 80 prontuários de idosos assistidos pelo PADI. A amostra foi constituída por uma maioria do gênero feminino (76,3%), com estado civil de viuvez (57,5%) e com grau de escolaridade de até oito anos de estudo (72,5%). A média etária dos idosos foi de  $83,36 \pm 7,67$  anos, com idade mínima de 62 e máxima de 99 anos.

Os cuidados diários aos idosos eram prestados por cuidadores com idade entre 19 a 86 anos, apresentando uma média etária de  $56,38 \pm 14,76$  anos. A média do tempo de cuidados aos idosos foi de  $5,41 \pm 6,36$  anos, sendo o tempo mínimo de um mês e o máximo de 45,00 anos. Houve predomínio, entre os cuidadores, de mulheres (90,0%), sem vida conjugal (56,3%) e com escolaridade até oito anos de estudo (51,3%). No vínculo do cuidador estabelecido com os idosos, destacou-se a relação de cuidados oferecidos pela filha (43,8%), empregatício (22,5%) e esposa (10,0%), com classificação de convivência predominantemente boa (53,8%). A caracterização dos idosos e de seus cuidadores está exposta na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos 80 idosos assistidos pelo PADI e de seus cuidadores

Categorias		N	%
Idoso			
Estado conjugal	Solteiro	9	11,2
	Casado	25	31,3
Grau de escolaridade	Viúvo	46	57,5
	Analfabeto	12	15,0
	Até 8 anos de estudo	58	72,5
	Acima de 8 anos de estudo	10	12,5
Cuidador			
Estado Conjugal	Com vida conjugal	35	43,8
	Sem vida conjugal	45	56,2
Grau de escolaridade	Analfabeto	2	2,4
	Até 8 anos de estudo	41	51,3
	Acima de 8 anos de estudo	37	46,3
Vínculo	Esposa	8	10,0
	Marido	5	6,2
	Filha	35	43,8
	Filho	3	3,8
	Cunhada	3	3,8
	Irmã	3	3,8
	Nora	3	3,8
	Sobrinha	2	2,4
	Empregatício	18	22,5
Convivência	Excelente	23	28,8
	Boa	43	53,8
	Regular	11	13,7
	Ruim/Péssima	3	3,7

Os idosos apresentaram em média  $6,63 \pm 2,54$  co-morbididades com valores no mínimo de três, e máximo de 17 doenças associadas. Das doenças classificadas pelo CID, as mais prevalentes foram as do aparelho circulatório (82,5%), transtornos mentais (76,3%) e doenças do sistema

osteomuscular e/ou tecido conjuntivo (67,5%), como observado na tabela 2, em ordem decrescente de prevalência. Quanto ao número de medicamentos utilizados, a média foi de  $5,23 \pm 2,57$  medicamentos, com valor de uso mínimo de nenhuma medicação e o máximo de 12.

Tabela 2 - Prevalência das doenças classificadas pelo CID dos 80 idosos assistidos pelo PADI

<b>Classes de doenças do CID</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doenças do aparelho circulatório	66	82,5
Transtornos mentais	61	76,3
Doenças do sistema osteomuscular e/ou tecido conjuntivo	54	67,5
Doenças endócrinas, nutricionais e/ou metabólicas	44	55,0
Doenças do sistema nervoso	32	40,0
Doenças do aparelho digestivo	28	35,0
Doenças do aparelho geniturinário	27	33,8
Doenças da pele e/ou tecido subcutâneo	15	18,8
Doenças do olho e anexo	14	17,5
Doenças do aparelho respiratório	11	13,8
Neoplasias	10	12,5
Doenças do ouvido e apófise mastóide	8	10,0
Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e/ou transtornos imunitários	1	1,3
Doenças infecciosas e/ou parasitárias	--	--

Em relação à locomoção, a maioria dos idosos se encontrava acamada (50,0%), e a seguir vinham a deambulação com bengala (28,8%) e andador (21,3%). Os resultados re-

ferentes à capacidade funcional avaliada pela MIF estão expostos na tabela 3, conforme a divisão pelas subescalas.

Tabela 3 - Valores mínimo e máximo, mediana, média e desvio-padrão dos resultados da MIF total, motora e cognitiva dos 80 idosos assistidos pelo PADI.

<b>MIF</b>	<b>Varição da Pontuação</b>	<b>Valor</b>		<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
		<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>		
Total	18 - 126	18	117	61,08	33,10
Motora	1 - 91	13	84	41,03	24,38
Cognitiva	1 - 35	5	35	20,05	10,77

Em relação aos escores da MIF total, motora e cognitiva com as demais variáveis do estudo, não foram encontradas associações com os dados sociodemográficos (gênero, estado civil e grau de escolaridade) dos

idosos e cuidadores. Também não houve associação das subescalas da MIF com os dados relativos ao cuidado (vínculo do cuidador e convivência).

As classes do CID de doenças da pele e/ou tecido subcutâneo, doenças do sistema nervoso e transtornos mentais apresentaram associação com pelo menos uma das subescalas da MIF; os pacientes que apresentaram estas doenças tiveram pontuação significativa menor quando comparados aos que não apresentaram. Os pacientes que apresen-

taram doenças do ouvido e apófise mastóide tiveram pontuação da MIF motora significativa maior em relação aos que não as apresentaram. Os pacientes com doenças do sistema osteomuscular e/ou tecido conjuntivo tiveram pontuação significativa maior na MIF (total, motora e cognitiva), quando comparados aos que não as apresentaram (tabela 4).

Tabela 4 - Médias, Desvio-padrão e análise comparativa dos resultados da MIF total, motora e cognitiva e as classes de doenças do CID dos 80 idosos assistidos pelo PADL.

CID	MIF	Presença	Média	Desvio-Padrão	Teste T (p-valor)
Doenças da pele e/ou tecido subcutâneo	Total	sim	40,53	30,95	0,004
		não	68,28	32,76	
	Motora	sim	28,87	23,38	0,005
		não	47,12	24,96	
	Cognitiva	sim	11,67	9,45	0,006
		não	21,17	10,01	
Doenças do sistema nervoso	Total	sim	51,09	28,56	0,011
		não	71,06	35,29	
	Motora	sim	33,09	21,18	0,005
		não	50,77	25,96	
	Cognitiva	sim	18,03	10,14	0,242
		não	20,29	10,80	
Transtornos mentais	Total	sim	56,02	31,27	<0,001
		não	85,74	33,36	
	Motora	sim	39,28	23,47	0,003
		não	57,89	27,40	
	Cognitiva	sim	16,75	9,80	<0,001
		não	27,84	8,26	
Doenças do ouvido e apófise mastóide	Total	sim	80,38	36,21	0,130
		não	61,15	33,49	
	Motora	sim	59,88	27,60	0,059
		não	41,90	24,88	
	Cognitiva	sim	20,50	9,15	0,755
		não	19,26	10,73	
Doenças do sistema osteomuscular e/ou tecido conjuntivo	Total	sim	73,04	32,99	<0,001
		não	42,38	26,31	
	Motora	sim	51,22	24,77	<0,001
		não	28,08	19,67	
	Cognitiva	sim	21,83	10,02	0,003
		não	14,31	9,90	

As demais classes de doenças do CID não tiveram pontuação significativa com os pacientes que as apresentavam.

Das variáveis quantitativas do estudo, os números de co-morbidades e de medicamen-

tos apresentaram correlação significativa com a MIF (subescala MIF cognitiva), enquanto os demais dados (idade cuidador, idade paciente e tempo de cuidado) não tiveram correlação significativa (tabela 5).

Tabela 5 - Correlação entre MIF total, motora e cognitiva e as variáveis quantitativas número de co-morbidades, número de medicamentos, tempo que cuida do idoso e idade dos 80 idosos assistidos pelo PADI.

Variáveis	MIF	CC*	p-valor
Número de Co-morbidades	Total	0,154	0,173
	Motora	0,113	0,317
	Cognitiva	0,217	0,053
Número de Medicamentos	Total	0,187	0,096
	Motora	0,165	0,143
	Cognitiva	0,250	0,025
Tempo de cuidado do Idoso	Total	- 0,057	0,613
	Motora	- 0,021	0,856
	Cognitiva	- 0,164	0,147
Idade do Paciente	Total	0,077	0,499
	Motora	0,068	0,547
	Cognitiva	- 0,033	0,769
Idade do Cuidador	Total	- 0,031	0,786
	Motora	- 0,027	0,812
	Cognitiva	- 0,087	0,443

\* CC: Coeficiente de Correlação

A MIF cognitiva apresentou correlação positiva fraca significativa com o número de co-morbidades e medicamentos, ou seja, quanto melhor a pontuação cognitiva, menor a presença de doenças associadas e menor o uso de medicação.

A variável locomoção apresentou associação significativa com a MIF total, motora e cognitiva, como mostra a tabela 6.

Tabela 6 - Valores mínimo e máximo, média, desvio-padrão, mediana e análise comparativa dos resultados da MIF total, motora e cognitiva e o tipo de locomoção dos 80 idosos assistidos pelo PADI.

MIF	Categorias	Média (DP)	ANOVA (p-valor)	Tuckey (p-valor)
Total	Bengala	86,96 (27,69)	<0,0001	Bengala - Andador: 0,696
	Andador	80,82 (20,55)		Bengala - Acamado: < 0,0001
	Acamado	37,80 (22,20)		Andador - Acamado: < 0,0001
Motora	Bengala	62,39 (20,36)	<0,0001	Bengala - Andador: 0,389
	Andador	55,76 (15,01)		Bengala - Acamado: < 0,0001
	Acamado	22,48 (12,67)		Andador - Acamado: < 0,0001
Cognitiva	Bengala	24,61 (8,88)	0,001	Bengala - Andador: 0,991
	Andador	25,00 (8,24)		Bengala - Acamado: 0,001
	Acamado	15,33 (10,81)		Andador - Acamado: 0,030

DP: Desvio-Padrão

Houve associação entre todas as subescalas da MIF e os tipos de locomoção, com piora para os idosos acamados em relação aos demais. Não foram verificadas diferenças estatísticas entre os idosos que faziam uso de bengala e andador na pontuação das subescalas da MIF.

## Discussão

Entre os idosos atendidos em programas de AD, há predomínio de mulheres, casados ou viúvos, e com escolaridade de ensino fundamental completo<sup>1,30,34</sup>. A idade é avançada (acima dos 80 anos) e com necessidade de cuidados há mais de seis anos<sup>18,35</sup>, sendo as filhas as responsáveis mais freqüentes pelos cuidados<sup>4,18,35</sup>. Os resultados sociodemográficos do presente trabalho assemelham-se aos dados dos demais estudos, acima citados, realizados no âmbito de AD.

A maioria dos idosos do PADI apresentou dependência funcional com baixa pontuação nos escores da MIF. Em estudo realizado com 28 idosos internados em unidade de clínica médica hospitalar<sup>10</sup>, verificou-se que, na admissão, a média de pontos da MIF motora foi de 76,8, da MIF cognitiva, 32,4, e da MIF total, 109,2. No momento da alta hospitalar, todas as dimensões da MIF sofreram diminuição na pontuação (MIF motora, 67,0; MIF cognitiva, 30,8; e MIF total, 97,8). Por outro lado, os idosos apresentaram aumento no escore da MIF ao retornar ao domicílio (MIF motora, 77,9; MIF cognitiva, 33,5; e MIF total, 111,4). Quando comparados os momentos da admissão, da alta hospitalar e do retorno ao domicílio, encontrou-se diferença significativa com relação aos escores da MIF, entre a admissão e alta hospitalar (MIF total,  $p=0,0441$ ; MIF motora,  $p=0,0245$ ; e MIF cognitiva,  $p=0,0345$ ) e entre a alta hospitalar e o domicílio (MIF total,

$p=0,0013$ ; MIF motora,  $p=0,0049$ ; e MIF cognitiva,  $p=0,0034$ ). Os dados revelam que durante o tempo de hospitalização o idoso fica mais suscetível à deterioração funcional e que o retorno ao domicílio promove uma recuperação dessas funções<sup>10</sup>.

Mann *et al.*<sup>14</sup> acompanharam dois grupos de idosos fragilizados da comunidade: o grupo de tratamento (recebeu intervenção em casa e acompanhamento de AD em gerontologia) e o grupo controle (não recebeu nenhum tipo de intervenção). Após os 18 meses de estudo, ambos os grupos apresentaram dependência funcional, avaliada por meio da MIF. O grupo tratamento apresentou média da MIF total  $104,8 \pm 16,7$ , MIF motora  $71,6 \pm 16,2$ , MIF cognitiva  $33,2 \pm 1,8$ . O grupo controle apresentou média da MIF total  $97,9 \pm 23,2$ , MIF motora  $66,4 \pm 19,1$ , MIF cognitiva  $31,5 \pm 6,2$ ; entretanto, os idosos do grupo controle apresentaram maior declínio funcional, durante os 18 meses. Isso demonstra que, apesar de ser uma população de idosos fragilizados, assim como a amostra da presente pesquisa, a assistência específica na saúde em cuidados no domicílio pode retardar o declínio funcional dos idosos.

Nos dois estudos supracitados, as pontuações na MIF foram consideradas baixas e referentes a idosos fragilizados; no entanto, os escores da presente amostra foram ainda menores, o que revela a alta dependência funcional dos idosos que necessitam de atendimento domiciliar.

A alta dependência da amostra dos idosos atendidos no PADI não esteve associada

pelos escores da MIF (total, motora e cognitiva) com os dados sociodemográficos (gênero, estado civil e grau de escolaridade) dos idosos e dos cuidadores, e com os dados relativos ao cuidado (vínculo do cuidador e convivência). Entretanto, no estudo de Rosa *et al.*,<sup>28</sup> os dados sociodemográficos apresentaram diferença estatística com a dependência moderada/grave. No referido estudo, os idosos com idade superior a 65 anos, analfabetos, aposentados, pensionistas, donas-de-casa, não proprietários da moradia, com composição familiar multigeracional, história de hospitalização e acidente vascular cerebral (AVC), “caso” no rastreamento de saúde mental, que apresentam problemas de visão, não visitavam amigos e parentes, e tinham avaliação pessimista da saúde ao se comparar com seus pares, apresentaram dependência moderada/grave<sup>28</sup>. A diferença entre os estudos deve-se, provavelmente, por ser este último um grupo heterogêneo que abrange todos os idosos da comunidade e não somente uma classe específica que atende aos critérios de inclusão, como é o caso dos pacientes estudados no PADI.

Rozenfeld<sup>29</sup> revelou que a maioria dos idosos da comunidade consome, pelo menos, um medicamento, e a média por pessoa oscilou entre dois a cinco medicamentos em uso. Estes valores são inferiores ao dos idosos do presente estudo, o que revela a maior necessidade de cuidados à saúde da população em atendimento domiciliar.

Segundo Markle-Reid *et al.*,<sup>15</sup> aproximadamente 50,0% dos medicamentos são utilizados inapropriadamente, e por volta de 25,0%

das admissões hospitalares de pessoas idosas são devidas a problemas de medicações. Para Garcia,<sup>5</sup> o uso excessivo e inadequado de medicamentos pode provocar quedas, perda de memória, lentidão motora, tremor e confusão mental, uma vez que a capacidade funcional do idoso pode ser mais comprometida por um tratamento inadequado do que pelas doenças de base que levaram ao uso do medicamento. Justifica-se, assim, o achado do presente estudo, que encontrou uma correlação positiva fraca significativa ( $p=0,025$ ;  $r=0,250$ ) entre a subescala cognitiva da MIF e o maior número de medicamentos em uso.

A capacidade funcional também pode ser influenciada pela associação com doenças crônicas. O estudo realizado por Giacomini *et al.*<sup>6</sup> mostrou que os idosos dependentes, que necessitavam de cuidador, apresentaram associação positiva e independente com as variáveis “doença crônica” e “uso de medicamentos prescritos”.<sup>6</sup> Para os autores, a polimedicação é frequentemente acompanhada de várias co-morbidades associadas, sendo estes fatores de risco para a iatrogenia, que influenciam negativamente na capacidade funcional. Os achados corroboram os resultados dos idosos do PADI, em que houve alta prevalência de co-morbidades e alto consumo de medicamento. É importante ressaltar que estas duas variáveis também apresentaram correlação positiva fraca significativa com a MIF cognitiva ( $p=0,053$ ;  $r=0,217$  e  $p=0,025$ ;  $r=0,250$ , respectivamente), o que revela um comprometimento da função cognitiva levando a uma diminuição da autonomia do indivíduo.

Entre as doenças que acometiam os idosos, destacaram-se as doenças do aparelho circulatório (82,5%), transtornos mentais (76,3%) e doenças do sistema osteomuscular e/ou tecido conjuntivo (67,5%). Dados semelhantes foram encontrados em dois estudos nos quais as doenças crônicas mais frequentes foram a hipertensão arterial e a artrite<sup>12,13</sup>. Essas doenças aumentam progressivamente com a idade, devido a alterações próprias do envelhecimento, tornando o idoso mais propenso a apresentá-las.

As classes do CID de transtornos mentais, sistema nervoso e pele e anexos apresentaram associação com a MIF, o que pode ser devido ao fato de essas classes estarem intimamente relacionadas a doenças como a úlcera por pressão, demências, AVC, entre outras que causam debilidade física e mental a seus portadores, sobretudo quando instaladas há longo tempo. A exemplo do estudo de Rosa *et al.*,<sup>28</sup> segundo o qual mesmo para idosos da comunidade, entre as co-morbidades, a ocorrência de AVC era causadora de dependência moderada-grave, conforme o CID de doenças do sistema nervoso.

Lebrão e Laurenti<sup>12</sup> observaram que entre as co-morbidades mais prevalentes, destacaram-se as doenças artrite/artrose/reumatismo (31,7%), e que a grande maioria dos idosos não apresentou dificuldades nas atividades básicas de vida diária (80,7%). Da mesma forma, as doenças do ouvido e apófise mastóide e doenças do sistema osteomuscular e/ou tecido conjuntivo também tiveram pontuação significativamente maior com a MIF,

em pelo menos uma das subescalas, quando comparadas aos idosos que não apresentaram essas doenças.

Essa aparente incoerência, vista de forma semelhante nos resultados do presente estudo, pode ser justificada pelo fato de os idosos estarem mais adaptados ao ambiente, o que facilita a realização das AVD, pois a AD requer adaptações na estrutura física do domicílio, visto que os fatores ambientais são críticos para pessoas com problemas ou incapacidades crônicas na determinação dos resultados de esforços de reabilitação<sup>7,26,32</sup>. Em acréscimo, os idosos do PADI estão mais restritos ao domicílio e por isso não encontram com tanta frequência barreiras externas como os idosos que vivem na comunidade.

Mathieson *et al.*,<sup>16</sup> em estudo sobre a manutenção da independência funcional em idosos, verificaram que a adaptação funcional (modificações na casa e/ou uso de bengala ou andador) minimizou as limitações durante a realização das AVD. Segundo a análise do presente estudo, a variável locomoção apresentou associação significativa com todas as subescalas da MIF ( $p < 0,001$ ), com a categoria acamado tendo menor escore nas subescalas, quando comparada ao uso de bengala e andador. Apesar da limitação na locomoção com o uso de bengala e andador (diminuição da velocidade, restrição em lugares mal adaptados, instabilidade), o indivíduo ainda consegue se locomover independentemente em seu meio; já os idosos acamados ficam depen-

dentados do cuidado de terceiros para a mobilidade e ainda sofrem os efeitos deletérios da restrição no leito.

Assim, se explica a menor pontuação da MIF pelos idosos acamados, uma vez que esse estado de confinamento no leito leva a alterações fisiológicas, como a redução do volume de ejeção, tempo de batimento cardíaco, percepção de oxigênio, fluxo sanguíneo, volume de hemácias, capilarização e enzimas oxidativas, aumento da fadiga muscular, perda de massa muscular e da densidade óssea, redução da força muscular e aumento do risco de lesões ósseas e articulares<sup>2</sup>. Essas alterações fisiológicas levam a uma redução da capacidade funcional, além de causarem ao indivíduo maior suscetibilidade a complicações, como a ocorrência de úlceras por pressão, infecções do trato respiratório, contraturas e deformidades, propiciando um estado de imobilidade e fragilidade.

## Considerações finais

Os resultados apresentados por este estudo permitem conhecer os fatores que influenciam negativamente na independência funcional de idosos em AD. Apesar dos resultados satisfatórios, algumas variáveis não puderam ser estudadas quanto a sua associação com a capacidade funcional (cognição, depressão, entre outros).

No entanto, esta abordagem inicial para o assunto já reconhece alguns fatores associados ao declínio funcional (classes específicas

de doenças, polifarmácia e tipo de locomoção) que podem auxiliar os profissionais numa intervenção que assista aos principais problemas da demanda atendida por assistência domiciliar, antes mesmo que eles se instalem e venham a prejudicar a qualidade de vida dos idosos.

## NOTAS

- <sup>a</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela UNIFESP-EPM.  
E-mail: allefisio@yahoo.com.br
- <sup>b</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela UNIFESP-EPM, Mestre em Ciências Otorrinolaringológicas pela UNIFESP/EPM.  
E-mail: juliana.gazzola@terra.com.br
- <sup>c</sup> Assistente Social da Disciplina de Geriatria da UNIFESP/EPM. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestre em Ciências da Saúde (Programa de Reabilitação) pela UNIFESP/EPM. Coordenadora do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso da UNIFESP/EPM.  
E-mail: nairadutra@uol.com.br
- <sup>b</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela UNIFESP-EPM, Mestre em Gerontologia pela UNICAMP.  
E-mail: natalia\_ricci@hotmail.com

## Referências

- Albuquerque SMRL. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. *Qualidade de Vida* 2002 abr; 4(35). Disponível em: <http://cepea.esalq.usp.br>
- Convertino VA, Bloomfield SA, Greenleaf JE. An overview of the issues: physiological effects of bed rest and restricted physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 1997; 29(2): 187-90.
- Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: \_\_\_\_\_. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.3-17.
- Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6): 1575-85.
- Garcia JT. Uso de medicamentos. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Guia de geriatria e gerontologia*. Barueri: Manole; 2005. p.27-36.
- Giacomin KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 80-91.
- Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Corcoran M, Schinfeld S, Hauck WW. A Randomized Trial of a Multicomponent Home Intervention to Reduce Functional Difficulties in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 809-16.
- Hamilton BB, Laughlin JA, Granger CV, Kayton RM. (1991). Interrater agreement of the seven-level Functional Independence Measure (FIM). *Arch Phys Med Rehabil* 1991; 72: 790-6.
- Kawasaki K, Cruz KCT, Diogo MJD. A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Rehabil*. 2004; 23(3): 57-60.
- Kawasaki K, Diogo MJD. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatr* 2005; 12(2): 55-60.
- Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 39: 245-54.
- Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem estar envelhecimento: o estudo SADE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(2): 127-41.
- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional,

- uso de serviços de saúde e gasto com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 735-43.
14. Mann WC, Ottenbacher KJ, Fraas L, Tomita M, Granger CV. Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. *Arch Fam Med* 1999; 8(1): 210-7.
  15. Markle-Reid M, Weir R, Browne G, Roberts J, Gafni A, Henderson S. Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(3): 381-95.
  16. Mathieson KM, Kronenfeld JJ, Keith VM. Maintaining functional independence in elderly adults: the roles of health status and financial resources in predicting home modifications and use of mobility equipment. *Gerontologist* 2002; 42(1): 24-31.
  17. Nakagawa A. Influência do atendimento médico domiciliar no tratamento de pacientes com doenças crônico-degenerativas. [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2002.
  18. Netto MP, Tieppo A. Serviço de assistência domiciliar da clínica geronto-pediátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. In: Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.549-63.
  19. Neufeld S, Lysack C. Investigating Differences Among Older Adults' Access to Specialized Rehabilitation Services. *J Aging Health* 2006; 18 (4): 584-603.
  20. Organização Mundial de Saúde (OMS), 2000. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão*. Disponível em: URL: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>
  21. Ramos LR, Toniolo JN, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini MR, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(5): 397-407.
  22. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica* 2001; 8(1): 45-52.
  23. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica* 2004; 11(2): 72-6.
  24. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev de Saúde Pública* 2005; 39(4): 655-62.
  25. Ricci NA, Lemos ND, Orrico KF, Gazzola JM. Evolução da independência funcional de idosos atendidos em programa de assistência domiciliar pela óptica do cuidador. *Acta Fisiátrica* 2006; 13(1): 27-32.
  26. Rigolin VOS. *Avaliação clínico-funcional de idosos hospitalizados*. [mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2001.
  27. Rogers CJ, Holm BM. Avaliação das atividades da Vida Diária (AVD) e Controle Domiciliar. In: Neistadt ME, Crepeau EB. *Terapia Ocupacional*. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 167-89.
  28. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-8.
  29. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 717-24.

30. Serra Rexach JA, Rexach Cano L, Cruz Jentoft AJ, Gil Gregorio P, Ribera Casado JM. Asistencia geriátrica domiciliar: veinte meses de experiencia. *Revista Clínica Española* 1992; 191(8): 405-11.
31. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 687-94.
32. Tamm M. What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. *Disability and Rehabilitation* 1999; 21(2): 49-55.
33. Vaz JC, Kayano J. Assistência domiciliar à saúde. *DICAS* 1994; 8.
34. Zhao L, Tatara K, Kuroda K, Takayama Y. Mortality of frail elderly people living at home in relation to housing conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1993; 47: 298-302.
35. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Serviço de assistência domiciliar ao idoso (SADI) do Centro de referência do Idoso do município de Guarulhos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.565-73.

Recebido em: 15/5/2007

Aceito: 1/8/2007

## Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná, Brasil

*Medicine consumption by the elderly assisted at a day care center for older people in northwestern Paraná, Brazil*

Hellen Regina Fanhani<sup>1</sup>  
Orlando Seiko Takemura<sup>b</sup>  
Roberto Kenji Nakamura Cuman<sup>c</sup>  
Flavio Augusto Vicente Seixas<sup>d</sup>  
Oséias Guimarães de Andrade<sup>e</sup>

### Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar o consumo dos medicamentos, por idosos de um centro de convivência, relacionado aos aspectos de seu uso racional. Para isso foram realizadas visitas domiciliares, com entrevista baseada em um questionário estruturado. O resultado das 72 entrevistas mostrou que os idosos tinham baixa escolaridade, 66% pertenciam ao sexo feminino, e a faixa etária de maior prevalência foi a de 60 a 75 anos (81%). A hipertensão foi a doença crônica mais freqüente (54%), seguida de *diabetes mellitus* e artrite/reumatismo (17 e 15%, respectivamente). Quanto ao consumo de medicamentos, 89% faziam uso de algum tipo de medicamento, dos quais 73% eram medicamentos prescritos por médicos e 27%, não. Apesar de 83% dos 231 medicamentos utilizados estarem corretamente indicados, 43,3% destes eram inadequadamente consumidos com relação ao seu tempo de utilização. Os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais citados (20%), seguidos dos anti-inflamatórios não-esteroidais (19%), diuréticos (10%) e fitoterápicos (9%). Os dados obtidos nesta pesquisa indicam que os idosos, além de serem grandes consumidores de medicamentos, usam freqüentemente múltiplos medicamentos, o que gera risco à sua saúde. Esta pesquisa evidencia a importância de orientações adequadas para promover o uso racional de medicamentos e para evitar seu uso inadequado.

**Palavras-chave:** uso de medicamentos; automedicação; meia-idade; idoso; Centros de Convivência e Lazer; escolaridade; visita domiciliar; promoção da saúde; Paraná

Correspondência / Correspondence  
Hellen Regina Fanhani  
R. Mandaguari, 5175, apt° 31  
87502-110 – Umuarama, PR, Brasil  
E-mail: hfanhani@unipar.br

## Abstract

This work aimed to evaluate medicine consumption by old-aged people at a day care center, relating aspects of its rational use. For this purpose, home visitation was carried out, followed by interview based on a structured questionnaire. The results of the 72 interviews show that the elderly presented low schooling, 66% among the female gender. The most prevalent age group was 60 to 75 years old (81%). Hypertension was the most frequent chronic disease (54%), followed by *diabetes mellitus* and arthritis/rheumatism (17 and 15%, respectively). As for the medicine consumption, 89% were using some kind, where 73% were doctor prescribed medicines and 27%, not. In spite of 83% of the 231 used medicines being correctly indicated, 43.3% of them were improperly consumed as for their utilization period. The antihypertensive were the most cited medicine (20%), followed by nonsteroidal anti-inflammatory (19%), diuretics (10%) and phytotherapics (9%). The data obtained in this research indicate that the elderly, besides being medicine great consumers, frequently use multiple medicines, which represents health risks for them. This research evinces the importance of adequate orientations to promote the rational use of medicines, avoiding their inadequate use.

**Key words:** drug utilization; self medication; middle aged; aged; Centers of Convivance and Leisure; educational status; home visit; health promotion; Paraná

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo; quase cinco décadas depois, em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano<sup>17</sup>. O aumento da longevidade e a redução das taxas de mortalidade, nas últimas décadas do século passado, mudaram o perfil demográfico do Brasil. Os brasileiros com mais de 60 anos representam 8,6% da população e esta proporção chegará a 14% em 2025 (32 milhões de idosos)<sup>17</sup>.

O crescimento na população idosa não tem sido acompanhado na mesma propor-

ção por estudos epidemiológicos sobre este grupo. Até recentemente, os inquéritos de saúde realizados no Brasil excluíaam esta população ou tratavam todos aqueles com e" 60 ou e" 65 anos de idade como se fosse um grupo homogêneo<sup>21</sup>.

A Política Nacional do Idoso, no Artigo 2º, considera idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade<sup>28</sup>. No Brasil, com a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o estatuto do idoso confere direito assegurado às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos<sup>11</sup>.

O uso inapropriado de medicamentos por idosos tem-se tornado um problema, tanto do ponto de vista humano quanto econômico<sup>34</sup>. Portanto, o conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela po-

pulação geriátrica é fundamental para o delineamento de estratégias de prescrição racional de fármacos entre esse segmento etário<sup>9</sup>. Dentro dessa realidade, é necessário haver estudos específicos com grupos etários de idade avançada por parte de profissionais da área da saúde. A investigação sobre as condições que permitam a promoção e a proteção da saúde na velhice, bem como as variações que a idade comporta, reveste-se de grande importância científica e social<sup>13</sup>.

O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil de idosos em um centro de convivência e avaliar o consumo dos medicamentos por estes indivíduos e aspectos relacionados ao seu uso racional.

## METODOLOGIA

### Delineamento e caracterização do local do estudo

Esta é uma pesquisa descritiva, do tipo transversal, realizada por meio de visitas domiciliares aos associados do Centro de Convivência para Idosos - Prefeito Durval Seiffert, local de entretenimento, lazer, realização de palestras e prestação de serviços que se destina ao atendimento à saúde de pessoas com idade a partir de 50 anos, localizado na cidade de Umuarama, Noroeste do Paraná, no período dos meses de outubro a dezembro de 2005.

### Definição da amostra e seleção da amostra

A partir da lista de associados, foram selecionados inicialmente idosos com idade igual ou superior a 60 anos (272). A seleção da amostra realizou-se com a busca de endereço dos idosos por meio do cadastro de associados, agrupando-os pelos endereços residenciais em toda área do município de Umuarama – PR. Todos os domicílios foram visitados e, no caso de ausência dos moradores, foram realizadas duas novas tentativas em diferentes dias e horários. As perdas foram registradas como mudança de endereço ou participantes não-encontrados, óbitos, idosos que não aceitaram participar da pesquisa, e aqueles que relataram não tomar nenhum medicamento, resultando numa amostra efetiva de 72 idosos entrevistados (n=72). Esse número amostral representa, dentro da população de 272 indivíduos, uma frequência de 50% com intervalo de confiança de 95% e erro de amostragem de 10%, conforme análise realizada por meio do programa *Epi info* (CDC, 2005)<sup>5</sup>, o que é aceitável em termos estatísticos<sup>16,39,35</sup>.

O projeto foi realizado de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana adotados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, e foi previamente aprovado pelo CEPEH/UNIPAR - Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UNIPAR, Universidade Paranaense, Umuarama – PR.

## Coleta de dados

Após os devidos esclarecimentos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, a participação dos idosos foi voluntária e a coleta de dados realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi solicitado aos participantes que reunissem todos os medicamentos, embalagens e/ou receitas, existentes na casa, incluindo aqueles que não estivessem em uso.

Em seguida, procedeu-se à realização de entrevista, utilizando-se como instrumento de coleta de dados, questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas adaptadas de Fanhani et al., 2004<sup>12</sup>. A entrevista incluiu também questões abertas, com a anotação das principais características da utilização dos medicamentos. Foram avaliados: dados pessoais do entrevistado, indicadores da condição de saúde, utilização de serviços de saúde e aspectos sobre a automedicação. Na pesquisa foram incluídos medicamentos sintéticos e fitoterápicos. As plantas medicinais utilizadas na forma de chás, medicamentos homeopáticos, florais e medicamentos importados foram excluídos da pesquisa.

Os dados dos medicamentos utilizados obtidos junto aos entrevistados foram devidamente tabulados e analisados. A análise do uso correto dos medicamentos utilizados pelos idosos foi realizada por meio de pesquisa farmacológica, tendo como referência os dados descritos no dicionário terapêutico Korolkovas e França<sup>18</sup>. As res-

postas são apresentadas em total de entrevistados e de número de medicamentos encontrados (n=231).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na pesquisa, houve predomínio de mulheres na população estudada. Os dados revelaram que 66% dos indivíduos entrevistados (n=47) foram do sexo feminino. A predominância de mulheres, em estudos populacionais com idosos, foi também relatada em outros estudos<sup>4,34,19</sup>. Este fato pode se dar por causa da maior longevidade das mulheres em relação aos homens, fenômeno que tem sido atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho insalubre; menor prevalência de tabagismo e uso de álcool; diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e, por último, maior cobertura da assistência gineco-obstétrica<sup>10,29</sup>.

Com relação à idade dos participantes da pesquisa, 40 deles estavam na faixa etária de 60 a 70 anos (56%), 18 na faixa de 71 a 75 anos (25%), seis participantes na faixa etária de 76 a 80 anos (8%), e oito entrevistados com idade superior a 80 anos (11%).

A redução da taxa de fecundidade ocorreu paralelamente a uma queda de taxa de mortalidade e, como consequência, houve aumento significativo da expectativa de vida da população brasileira, que passou de 33,7 anos no início do século passado para aproximadamente 71 anos em 2002<sup>38</sup>. Os processos de urbanização e planejamento familiar

que marcaram a década de 1960 acarretaram significativa redução da fecundidade, que resultou em aumento da proporção de pessoas com 65 anos ou mais<sup>14,6</sup>.

No que se refere à escolaridade dos entrevistados, 23 idosos declararam-se não-alfabetizados (32%), 30 afirmaram possuir ensino fundamental incompleto (41%) e dez participantes responderam ter completado o ensino fundamental (14%). Com relação ao ensino médio, 4% dos entrevistados informaram não ter concluído (n=3) enquanto que 6% dos pesquisados concluíram o ensino médio (n=4). Entre os entrevistados, apenas n= 2 responderam possuir ensino superior completo (3%).

A distribuição de escolaridade dos idosos corresponde aos baixos níveis educacionais vigentes no país. Dados do IBGE<sup>17</sup> informam que nas décadas de 1930, até pelo menos nos anos de 1950, o ensino fundamental ainda era dirigido a segmentos sociais específicos, o que poderia justificar que a baixa escolaridade dos idosos poderia ainda estar correlacionada também com a maior presença de problemas de saúde nesse segmento da população. Em estudo realizado por Lyra<sup>24</sup>, foi observado que a maioria dos idosos (61,0%) que apresentavam baixa escolaridade (fundamental incompleto/ analfabeto) tinha cinco vezes mais chance de ter problemas de saúde. O baixo nível de escolaridade associado a fatores socioeconômicos e culturais contribui para o aparecimento da doença, considerando-se que esses fatores podem dificultar a conscientização das pessoas para a necessidade de cuidado com a saúde ao longo da vida,

adesão ao tratamento, limitando a ação de fatores de risco.

Quando analisados os gastos monetários mensais com medicamentos, foram estipulados intervalos de gastos variando de menos de R\$ 30,00 até mais de R\$ 90,00. A proporção de idosos que relataram gastos mensais acima de R\$ 90,00 com medicamentos foi de 42% dos entrevistados (n=30), enquanto que 15 entrevistados (21%) relataram gastarem mensalmente menos que R\$ 30,00, e 12 (17%) afirmaram ter gastos na faixa de R\$ 31,00 e R\$ 60,00 mensais com a aquisição de medicamentos.

Nesta pesquisa, foi observado que 54 entrevistados (75%) recebiam até 03 salários mínimos (R\$ 300,00 = salário vigente, à época, no país), enquanto que 32% dos idosos recebiam renda de R\$ 600,00 (02 salários mínimos). Em pesquisa realizada por Lebrão e Laurenti,<sup>20</sup> foi observado que a renda dos idosos era de 2,1 salários mínimos, com um comprometimento de renda de cerca 15% em medicamentos. Segundo esses autores, o gasto tornou-se preocupante, considerando que a maioria dos medicamentos utilizados foi para o controle de hipertensão arterial, condição crônica para os quais o serviço público deveria fornecer tratamento gratuito. Essa observação reforça a necessidade de políticas no país, para melhorar o acesso da população idosa aos medicamentos.

Na tabela 1, é mostrado que o acesso aos serviços do SUS pelos entrevistados é relativamente alto, quando comparado à utilização dos serviços privados, em que 65% (seis

a dez vezes a cada dez consultas) dos entrevistados freqüentemente utilizavam assistência pública. Por outro lado, 27% dos entrevistados (seis a dez vezes a cada dez consultas) utilizavam os serviços privados ou planos de saúde.

A proporção de indivíduos filiados a planos privados de saúde foi semelhante ao percentual encontrado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD, 1998

(26,9%)<sup>21</sup>, e maior que aqueles encontrados no estudo realizados em Bambuí-MG (19,3%)<sup>22</sup>.

A população idosa é grande usuária de serviços de saúde. Em países desenvolvidos, o uso desses serviços entre pessoas com e<sup>7</sup> 65 anos é de três a quatro vezes maiores do que seu tamanho proporcional na população, quando comparadas a outras faixas etárias, reflexo da alta prevalência de várias doenças e incapacidades físicas entre os idosos<sup>31</sup>.

Tabela 1 - Acesso dos idosos do centro de convivência a serviços de saúde, Umuarama, Pr, 2005.

	PÚBLICA	
	n	%
Nunca (0)	10	14%
Raramente (1-2X:10)	9	13%
Regularmente (3-5X:10)	6	8%
Quase sempre (6-7X:10)	15	21%
Sempre (8-10X:10)	32	44%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

	PARTICULAR / PLANOS DE SAÚDE	
	n	%
Nunca (0)	30	42%
Raramente (1-2X:10)	15	21%
Regularmente (3-5X:10)	7	10%
Quase sempre (6-7X:10)	6	8%
Sempre (8-10X:10)	14	19%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

Os valores referem-se ao número de acessos aos serviços públicos ou privados considerando-se dez consultas realizadas.

As doenças cardiovasculares são freqüentes em idosos, e são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade neste grupo etário. A hipertensão provoca alterações patológicas nos vasos sanguíneos e hipertrofia no ventrículo cardíaco esquerdo. É uma das principais causas de acidente vascular cerebral, além de doenças coronárias, como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e insuficiência renal<sup>3</sup>.

Há uma correlação entre a hipertensão arterial com doenças crônicas metabólicas, como o diabetes. O risco de morte conseqüente às afecções cardiovasculares em diabéticos é três vezes maior que nos pacientes que não sofrem dessa doença<sup>33</sup>.

No presente estudo, quando os entrevistados foram questionados sobre o diagnóstico de doenças crônicas, a hipertensão foi a mais fre-

qüente (54% dos entrevistados n=39), em que 40% deles tiveram o diagnóstico feito há mais de cinco anos (tabela 2). A alta prevalência da hipertensão, em idosos, também foi observada por Lebrão e Laurente<sup>19</sup> e Lima-Costa<sup>21</sup>. Além da hipertensão, a prevalência de *diabetes mellitus* e artrite/reumatismo foram relatadas por 17 e 15% dos entrevistados, respectivamente.

Com o envelhecimento, há o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre elas: as doenças cardiovasculares, osteoarticulares e diabetes<sup>15,27</sup>.

A multiplicidade de doenças num mesmo idoso é fato muito freqüente. Em um inquérito domiciliar, realizado no município de São Paulo, mais de 80% dos idosos entrevistados relataram apresentar pelo menos uma doença crônica e 10% destes idosos possuíam, no mínimo, cinco patologias relatadas<sup>29</sup>.

Tabela 2 – Doenças coexistentes em idosos do centro de convivência, Umuarama, Pr, 2005.

Freqüência	n	Nunca (0)	n	1 a 4 anos	n	5 a 8 anos	n	9 a 12 anos	n	13 ou mais	Total %
<b>Doenças</b>											
a) Hipertensão	33	46%	10	14%	12	17%	02	3%	15	20%	100
b) Infarto do miocárdio	68	94 %	04	6%	00	0%	00	0%	00	0%	100
c) Acidente vascular cerebral	71	98%	01	2%	00	0%	00	0%	00	0%	100
d) Angina	65	91%	05	7%	01	1%	01	1%	00	0%	100
e) Diabetes	60	83%	04	6%	02	3%	01	1%	05	7%	100
f) Artrite/reumatismo	61	85%	04	6%	03	4%	01	1%	03	4%	100

A presença de doenças crônicas nessa faixa da população concorre para a necessidade, na maioria dos casos, da utilização de mais de um medicamento. Em geral, as doenças dos idosos (crônicas e múltiplas) perduram por vários anos e exigem desses indivíduos acompanhamento constante da saúde<sup>36</sup>, especialmente no que se refere ao uso contínuo de medicamentos. Eles conseqüentemente praticam elevado consumo de medicamentos<sup>32</sup>, e, ao serem questionados sobre a quantidade de medicamentos utilizados no período da realização da pesquisa, verificou-se que apenas oito dos entrevistados (11%) não estavam usando medicamentos, enquanto que a maioria significativa (89% dos entrevistados) fazia uso de algum tipo de medicamento.

Nesta pesquisa, foi verificado que o número de medicamentos consumidos pelos idosos variou de um a mais de seis medicamentos por indivíduo, tendo como maior prevalência 39% com o uso de um a dois medicamentos (n=28), 35% de três a quatro medicamentos (n=25); 8%, cinco a seis medi-

camentos (n=6) e, 7% com mais de seis medicamentos (n=5). O número médio de medicamentos utilizados pelos idosos foi de um a quatro, valor que, embora esteja na faixa usual de dois a cinco medicamentos/pessoa e está próximo ao encontrado por Bernstein<sup>2</sup>, cuja média foi de três a 7,3 diferentes medicamentos por idosos. Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de avaliação de racionalidade do uso desses medicamentos, a fim de prevenir ou minimizar a ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas, comuns aos usuários de múltiplos medicamentos, pois os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos<sup>25</sup>.

Quando avaliado o uso de medicamentos com prescrição médica (tabela 3), 53 idosos (73% dos entrevistados) afirmaram que “sempre” ou “quase sempre” fazerem uso de medicamentos prescritos por médicos. Achados semelhantes foram encontrados por Chischilles *et al.*<sup>7</sup>, com relação ao consumo de medicamentos prescritos.

Tabela 3 - Consumo exclusivo de medicamentos prescritos por médico pelos idosos do centro de convivência, Umuarama, Pr, 2005.

	<b>n</b>	<b>%</b>
Nunca (0)	1	2%
Raramente (1 a 25%)	4	6%
Regularmente (26 a 50%)	14	19%
Quase sempre (51 a 75%)	24	33%
Sempre (76 a 100%)	29	40%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

O consumo de medicamentos sem prescrição, prática cada vez mais freqüente entre populações, independentemente dos diferentes contextos socioeconômicos e culturais em que estejam inseridas, pode levar ao aparecimento da possibilidade de se mascarar ou retardar o diagnóstico de condições mais sérias, dificultando a atuação do médico, pois nem sempre o paciente menciona essa prática durante a consulta médica. Desse modo, impõe-se um duplo ônus aos serviços de saúde: além dos gastos decorrentes de consultas médicas, novas despesas originam-se do atendimento a enfermidades relacionadas ao uso inadequado de fármacos<sup>23</sup>.

A automedicação pode ser praticada ao se adquirir o medicamento sem receita, mas também compartilhando medicamentos com outros membros da família ou do círculo social, utilizar sobras de prescrições e reutilizar antigas receitas<sup>22</sup>.

Quando questionados, 19 entrevistados (27%) revelaram que praticavam o uso de medicamentos não-prescritos. Destes, 9% (n=7) dos idosos seguiram orientação de terceiros, amigos, familiares, vizinhos; 6% (n=4) recorreram à farmácia e 1% (n=1) foram influenciados por rádio/TV. Foi observada, também, a reutilização de receitas por 20% (n=14) dos idosos pesquisados. A prevalência da automedicação por idosos variou de 27 a 76%, em diferentes estudos realizados por Veras<sup>37</sup>, Rozenfeld<sup>30</sup>, Antunes<sup>1</sup> e Chischilles *et al.*<sup>7</sup>

Nesta pesquisa, os grupos de medicamentos mais citados utilizados por automedicação foram os antiinflamatórios não-esteroidais, vitaminas, grande variedade de fitoterápicos,

laxantes, antiácidos, medicamentos para alívio da gripe, antitussígeno e outros. Foi também citado o uso de vasodilatador (cinarizina) e ainda o diazepam, medicamentos raramente citados em trabalhos sobre a automedicação e que devem ser dispensados apenas mediante receita médica, já que podem causar reações adversas graves nos idosos, como sedação excessiva, comprometimento cognitivo e aumento no risco de quedas<sup>8</sup>.

Observou-se nesta pesquisa, ainda, que dos 231 medicamentos que estavam sendo utilizados pelos idosos participantes da pesquisa, 193 medicamentos (83%) foram corretamente indicados. Situações como o uso de cinarizina como hipnótico/sedativo, diclofenaco para problemas cardíacos e sulfametoxazol para dores na coluna foram relatados nas entrevistas, e caracterizados como uso incorreto.

O processo de envelhecimento predispõe grandemente a população geriátrica aos riscos da prática de polifarmácia e aos efeitos adversos dos medicamentos<sup>26</sup>, sendo responsáveis por cerca de 10% a 20% das admissões hospitalares agudas por causa do elevado uso de medicamentos<sup>34</sup>. A possibilidade da ocorrência de efeitos adversos foi observada em 4,4% dos medicamentos utilizados. A avaliação da posologia e o modo de utilização dos medicamentos estavam corretos em 87% e 95,2%, respectivamente. No entanto, com relação ao tempo de utilização, 43,3% dos medicamentos estavam sendo utilizados inadequadamente (tabela 4). Foi constatado o uso de medicamentos como o diclofenaco, omeprazol e diazepam por períodos acima do indicado.

Tabela 4 - Utilização de medicamentos pelos idosos do centro de convivência, Umuarama, Pr, 2005.

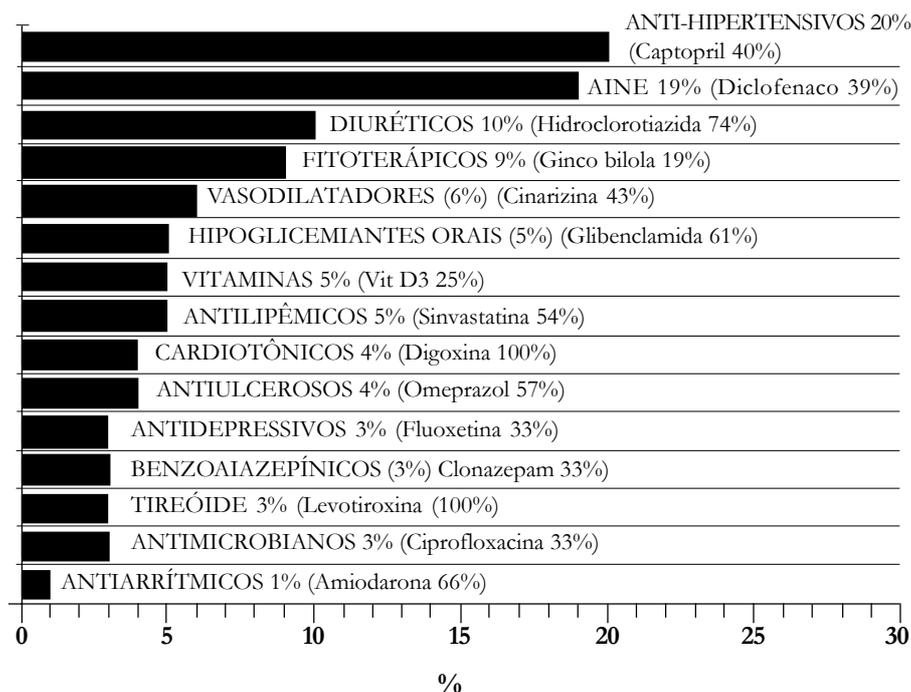
PARA QUE USA?		
	n	%
Correto	193	83,5
Incorreto	38	16,5
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100%</b>
DOSE/DIÁRIA		
	n	%
Correto	201	87
Incorreto	30	13
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100%</b>
MODO DE UTILIZAÇÃO		
	n	%
Correto	220	95,2
Incorreto	11	4,8
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100%</b>
ASSOCIAÇÃO COM OUTROS MEDICAMENTOS		
	n	%
Correto	221	95,6
Incorreto	10	4,4
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100%</b>
TEMPO DE USO		
	n	%
Correto	131	56,7
Incorreto	100	43,3
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100%</b>

Nas entrevistas realizadas foram citados 231 medicamentos sendo administrados na maioria das vezes, simultaneamente, em função das múltiplas patologias ou da necessidade terapêutica.

Os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais citados (20% do total), com destaque ao captopril, seguido dos antiinfla-

matórios não-esteroidais (19%), sendo o diclofenaco mais utilizado. Os diuréticos representavam 10% dos medicamentos relatados na pesquisa, sendo o principal representante a hidroclorotiazida. Os fitoterápicos corresponderam a 9% dos medicamentos utilizados, ou seja, uma grande variedade de medicamentos citados, com maior ocorrência do *Ginko biloba* (Figura 1).

Figura 1 - Frequência da utilização de medicamentos utilizados por idosos do centro de convivência, Umuarama, Pr, 2005. Os nomes em maiúsculo representam o grupo farmacológico e os nomes em minúsculo, o representante mais freqüente dentro de cada grupo de medicamento



## CONCLUSÃO

Os dados obtidos indicaram elevado consumo de medicamentos pelos idosos entrevistados, principalmente na forma de politerapia / multimedicamentos, e também o uso incorreto. A associação de medicamentos pode ocasionar efeitos indesejáveis decorrentes de interações medicamentosas, promovendo danos à saúde do idoso.

O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pelos idosos é fundamental

para o delineamento de estratégias, por parte dos profissionais de saúde, na prescrição racional de medicamentos, contribuindo, assim, para o uso adequado de medicamentos nesse segmento etário.

## NOTAS

<sup>a</sup> Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá-UEM.

<sup>b</sup> Professor Doutor, Instituto de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde-Universidade Paranaense de Umuarama - UNIPAR. Praça Mascarenhas de Moraes s/n, -87502-000, Umuarama, PR, Brasil. E-mail: takemura@unipar.br

- <sup>c</sup> Professor Doutor, Departamento de Farmácia e Farmacologia-Universidade Estadual de Maringá-UEM. Av. Colombo, 5790 - 87020-290, Maringá, PR, Brasil  
e-mail: rkncuman@uem.br
- <sup>d</sup> Professor Doutor, Centro de Tecnologia – Universidade Estadual de Maringá – UEM  
Rod. PR 489, 1400 – Jd Universitário CEP 87508-210, Umuarama, PR, Brasil  
e-mail: favseixas@uem.br
- <sup>e</sup> Professor Doutor Departamento de Enfermagem-Universidade Estadual de Maringá-UEM. (*in memoriam*)

## REFERÊNCIAS

1. Antunes AMP. Consumo inadequado de medicamentos entre idosos em Montes Claros, Minas Gerais. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Medicina Preventiva Social; 2002.
2. Bernstein LR, Folkman S, Lazarus RS. Characterization of the use and misuse of medications by an elderly, ambulatory population. *Medical Care* 1989; 27: 654-63.
3. Braunwald E, Antman EM. Infarto agudo do miocárdio. In: Braunwald E. *Tratado de medicina cardiovascular*. São Paulo: Rocca; 2000.
4. Camaro AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, PLYL, Nery AL, Caçado FAX, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 52-61.
5. Cdc Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info, version 6.0. [cited 2005 Apr 05]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/EpiInfo/>
6. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
7. Chrischilles EA, Foley DJ, Wallace RB, Lemcke JH, Semla TP, Hanlon JT, Glynn RJ, Ostfeld AM, Guralnik JM. Use of medications by persons 65 and over: Data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1992; 47:M137-M44.
8. Chutka DS, Takahashi PY, Hoel RW. Inappropriate medications for elderly patients. *Mayo Clinic Proceedings* 2004; 79: 122-39
9. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4): 557-64.
10. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia de envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 445-53.
11. Estatuto do Idoso. Lei nº 10741, 1º de outubro de 2003. Diário Oficial [da] União. [acesso 2005 jun11]. Disponível: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)>.
12. Fanhani HR, Correa MI, Lourenço EB, Takemura OS, Fernandes ED, Billó VL, Lorenson L, et al. Assistência Farmacêutica Domiciliar no Jardim Tarumã – Umuarama – Pr. In: *Anais do 5º Congresso Brasileiro de Medicamentos Genéricos*, out. 2004, Salvador. p. 46.
13. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6): 793-9.
14. Fonseca JE, Carmo TA. O idoso e os medicamentos. *Saúde em Revista* 2000; 2(4): 35-41.
15. Fried LP. Epidemiology of aging. *Epidemiologic Reviews* 2000; 22(1): 95-106.
16. Gil AC. *Métodos e técnicas em pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 1999.
17. IBGE. *Censo Demográfico: Brasil, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

18. Korolkovas A, França FFAC. Dicionário Terapêutico Guanabara. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
19. Lebrão ML. O Projeto Sabe em São Paulo: uma visão panorâmica. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. Sabe-Saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS; 2003. p 33-43.
20. Lebrão LM, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(2): 127-41.
21. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(03): 735-43.
22. Loyola Filho AI, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(1): 55-62.
23. Lyra Junior D, Amaral RT, Abriata JP, Pelá IR. Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirão Preto – São Paulo (Brasil). *Seguimiento Farmacoterapêutico* 2004; 3(1): 30-42.
24. Loyola Filho AI, Uchoa E, Araújo JOF, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 545-53.
25. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Quality assessment of drug use in the elderly. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 437-44.
26. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 309-13.
27. Pedroso ERP, Santos AGR. Peculiaridades terapêuticas dos pacientes idoso. In: Rocha MOC, et al. *Terapêutica Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 84-108.
28. Política Nacional do Idoso, Portaria nº 1.395, de 09 de dezembro de 1.999. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, 20-24.
29. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(2): 87-94.
30. Rozenfeld S. Reações adversas aos medicamentos na terceira idade: as quedas em mulheres como iatrogenia farmacoterapêutica [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997.
31. Rubenstein LZ, Nasr, SZ. Health service use in physical illness. In: Ebrahim S., Kalache A, editors. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group; 1996. p. 106-25.
32. Tamblyn R. Medication use in seniors: challenges and solutions. *Therapie* 1996; 51: 269-82.
33. Tasca RS, Soares DA, Cuman RKN. Caracterização dos usuários de fármacos anti-hipertensivos no núcleo integrado de saúde II – Mandacaru, Maringá – Paraná. *Revista da Ciência da Saúde* 2001; 1(1): 77-87.
34. Teixeira JJVT, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2): 207-13.
35. Torres TGZ. Amostragem. In: Medronho AR. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 283-94.

36. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública 2003; 19(3): 705-15.
37. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
38. Veras RP, Alves MIC. A população idosa no Brasil: considerações acerca de indicadores de saúde. In: Minayo MCS. organizador. Os muitos brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1995. p.320-37.
39. Vieira S, Hossne WS. Metodologia Científica para a área de saúde. Rio de Janeiro: Campus; 2001.

Recebido em: 27/7/2007

Aceito: 29/8/2007

## Caracterização do padrão alimentar, da ingestão de energia e nutrientes da dieta de idosos de um município da Zona da Mata Mineira

*Characterization of the alimentary pattern, of energy and nutrients intake in the diet of seniors in a municipality in Zona da Mata, state of Minas Gerais, Brazil*

Adelson Luiz Araújo Tinôco<sup>1</sup>  
Wilson César de Abreu<sup>b</sup>  
Mônica de Souza Lima Sant'Anna<sup>c</sup>  
Larissa Froede Brito<sup>d</sup>  
Amanda de Carvalho Mello<sup>e</sup>  
Sylvia do Carmo Castro Franceschini<sup>f</sup>  
Margarida Maria Santana da Silva<sup>g</sup>  
Conceição Angelina dos Santos Pereira<sup>h</sup>

O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo alimentar, identificar a ingestão de energia e nutrientes da dieta, bem como os hábitos alimentares dos idosos cadastrados no Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), no município de Viçosa-MG. O consumo alimentar foi avaliado em 183 idosos com idade entre 60 e 90 anos, por meio da soma do consumo encontrado entre o Recordatório 24 horas e o questionário de Frequência Alimentar Semiquantitativo. Para a adequação do consumo de nutrientes e energia, foi utilizado um cálculo baseado na Ingestão Dietética de Referência (DRI). A ingestão energética ficou abaixo da necessidade estimada para quase todos os idosos, observando-se elevada ingestão de energia de fontes lipídicas (52,5%). Verificou-se alta frequência de inadequação no consumo de vitaminas (vitaminas C, A, B1, B2 e B6). O consumo de cálcio foi 1/3 do valor recomendado. Dos idosos estudados, quase todos apresentaram ingestão energética abaixo da necessidade energética estimada (EER). Observou-se um desbalanceamento na dieta, havendo alta prevalência de inadequação no consumo de proteínas, vitaminas e minerais na alimentação dos idosos estudados.

### Palavras-chave:

nutrição do idoso;  
consumo de alimentos; dieta;  
ingestão de energia;  
hábitos alimentares;  
idoso; idoso de 80 anos ou mais;  
Viçosa, MG

Correspondência / *Correspondence*  
Mônica de Souza Lima Sant'Anna  
Av Santa Rita 216/101 - Centro  
36570-000 - Viçosa, MG, Brasil  
E-mail: mslsantana@yahoo.com

## Abstract

This study aims to evaluate food consumption, to identify the ingestion of energy and dietary nutrients of the diet, as well as eating habits of elderly registered in the Municipal Program of the Third Age (PMTI), in the municipal district of Viçosa-MG. Food consumption was evaluated in 183 seniors aged from 60 to 90 years, through the sum of consumption found between the 24hour-Recall and the Semi-quantitative questionnaire of Alimentary Frequency. To adapt consumption of nutrients and energy, we used a calculation based on the Dietary Ingestion of Reference (DRIs). Energy ingestion was below the estimated need for almost all seniors, and a high ingestion of energy of lipidic sources (52.5%) was observed. Highly inadequate frequency was verified in the consumption of vitamins (vitamins C, THE, B1, B2 and B6). Calcium consumption 1/3 of the recommended value. Unbalance in the diet was observed, with a high prevalence of inadequate in the consumption of proteins, vitamins and minerals in the diet of the elderly people studied.

**Key words:** elderly nutrition; food consumption; diet; energy intake ; food habits; aged; aged, 80 and over ; Viçosa, MG

## INTRODUÇÃO

Em diversos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida, sem a correspondente modificação nas condições de vida.<sup>7</sup>

O envelhecimento vem acontecendo concomitantemente ao surgimento de doenças como diabetes, hipertensão, obesidade e hiperlipidemias. Tais doenças se originam devido à influência de diversos fatores, dentre os quais se destaca a alimentação.<sup>35,8,10,7</sup>

Os idosos apresentam condições peculiares que comprometem seu estado nutricional, dentre os quais as alterações fisiológicas do próprio envelhecimento, as enfermidades presentes e fatores relacionados com a situação familiar e socioeconômica.<sup>33,6,13,29</sup>

Entre os fatores mais importantes relacionados à condição de vida do idoso estão os socioeconômicos, podendo-se citar a renda e a escolaridade, muitas vezes mais importantes que os fatores fisiológicos. Cabe ressaltar os fatores psicossociais, como depressão, isolamento social, integração social, dificuldade de deslocamento, pobreza e capacidade cognitiva comprometida.<sup>29,13,6</sup> Também deve-se considerar o uso freqüente de medicamentos e a morbidade auto-referida, seu estado nutricional e hábitos alimentares.

Para melhor entender as relações existentes entre a alimentação e a doença, é fundamental investigar os hábitos alimentares e o consumo de nutrientes, bem como a ocorrência e distribuição de doenças numa população.

A alimentação, sob o ponto de vista nutricional, visa aos constituintes dos alimen-

tos (carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, minerais e fibras) que são essenciais à saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.<sup>34</sup> Já consumir vitaminas e minerais em proporções adequadas é importante para a ocorrência de várias reações químicas do organismo.<sup>41</sup>

Nas últimas décadas, a população brasileira vem mostrando importantes mudanças em seus hábitos alimentares e estilo de vida. Diante das mudanças e da escassez de informações sobre a situação alimentar dos idosos, esses conhecimentos constituem um material fundamental para elaboração de estratégias que melhorem o quadro de saúde dos idosos.

Viçosa é uma cidade de médio porte, localizada na Zona da Mata Mineira. Possui 64.957 habitantes<sup>17</sup> e, em 1970, sua população idosa (60 anos e mais) correspondia a 5,56% da população total (1.430 hab), passando, em 2000, a 8,16% (5.296 hab).<sup>17</sup> Estudos realizados em âmbito nacional abordam as principais áreas metropolitanas, mas deixam de fora as cidades de pequeno e médio portes.<sup>39</sup>

As informações contidas neste artigo são oriundas de dissertação de mestrado, na qual foram avaliadas as condições socioeconômicas, de saúde e nutrição dos idosos cadastrados no Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI) situado em Viçosa-MG.

## OBJETIVOS

O presente trabalho teve como objetivos avaliar o consumo alimentar, caracterizar as condições alimentares, avaliar a

prevalência de inadequação de ingestão de energia e nutrientes da dieta e conhecer os hábitos alimentares da população idosa. Essas informações podem ser úteis para estabelecer ações de monitoramento do estado nutricional na terceira idade, promovendo, por meio de um processo educativo-preventivo, a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal cuja unidade amostral foi o idoso (60 anos e mais) cadastrado no Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI). O tamanho da amostra foi definido por meio da equação proposta por Lwanga & Lemessow<sup>28</sup>  $P N = P \times q / (E / 1,96)^2$ , onde:  $n$  = tamanho mínimo da amostra necessária;  $P$  = taxa máxima de prevalência;  $q = 100 - p$ ;  $E$  = margem de erro amostral tolerado.

Participaram do estudo 183 idosos com idade entre 60 e 90 anos, selecionados aleatoriamente pelo número de cadastro, correspondendo a 13,1% do número total de indivíduos cadastrados no programa, sendo que, para todas as variáveis estudadas, a amostra mínima foi de 163 idosos.

Os dados do consumo alimentar foram coletados a partir de um questionário aplicado durante atendimento realizado no Ambulatório Nutricional do Núcleo de Saúde Pública do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa.

Foi avaliado o consumo alimentar de macronutrientes (carboidratos, lipídios e proteínas), micronutrientes (vitaminas C, A, B1, B6, Fe e Ca) e a ingestão de energia através de uma média entre dois tipos de inquéritos dietéticos: o Questionário de Consumo Alimentar Semiquantitativo (QFCA-s) e o Recordatório de 24 horas.

O QFCA-s é freqüentemente utilizado para avaliar o consumo e o tamanho das porções consumidas pelos idosos.<sup>27,16</sup> O recordatório de 24 horas permite coletar informações sobre os alimentos ingeridos nas 24 horas que precedem a entrevista.<sup>9</sup>

Avaliou-se o padrão alimentar por meio da freqüência de consumo dos alimentos. O padrão alimentar foi estabelecido considerando-se como ponto de corte a ingestão diária do alimento por 70% ou mais dos idosos avaliados.<sup>32</sup>

O cálculo utilizado para adequação de ingestão de energia foi baseado na Necessidade Energética Estimada (Estimated Energy Requirement - EER), proposta pelo Institute of Medicine/Food and Nutrition Board.<sup>22</sup>

A adequação da ingestão de macronutrientes foi calculada tendo como base uma ingestão calórica proveniente de proteínas 12 a 14%, 20 a 25% de lipídios e 60 a 70% de carboidratos, utilizando-se as recomendações da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição.<sup>40</sup>

Para a ingestão de micronutrientes, a adequação foi calculada com base nas Ingestões

Dietéticas de Referência (Dietary Reference Intakes - DRI's) do Institute of Medicine/Food and Nutrition Board,<sup>19, 20, 21,23</sup> tendo como ponto de corte a Necessidade Média Estimada (Estimated Average Requirement-EAR), com exceção do cálcio, para o qual se utilizou como parâmetro a Ingestão Adequada (Adequate Intake - AI). A metodologia de avaliação da ingestão de nutrientes para grupos foi utilizada de acordo com as preconizações do Institute of Medicine/Food and Nutrition Board.<sup>18</sup>

Os dados do consumo alimentar foram inseridos no Microsoft Access 2000. Antes de serem analisados pelo programa, os dados foram transformados em peso (gramas) ou volume (ml), convertidos em energia e nutrientes a partir da adoção da tabela de composição de alimentos de Philippi<sup>36</sup> e do *software* Diet Pro versão 3.0 - Monteiro & Steves.<sup>31</sup>

Para a análise estatística foram utilizados os *softwares* Epiinfo versão 6.02<sup>11</sup> e Sigma Stat versão 2.0.<sup>15</sup> O teste da Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi aplicado para analisar as variáveis categóricas. Para o cálculo da odds ratio (razão de chances), utilizou-se a tabela da contingência para avaliar a probabilidade de risco em relação a algum fator, sendo que o nível de significância adotado foi inferior a 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa, onde foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, além do atendimento da legislação vigente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos idosos cadastrados no Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI) que participaram do estudo, 55 (30,1%) eram do sexo masculino e 128 (69,9%) do feminino. Segundo o IBGE,<sup>17</sup> dos 14,5 milhões de idosos brasileiros, 55% são mulheres e 45% homens. O maior número de mulheres pode ser expli-

cado devido às mesmas apresentarem maior preocupação com o estado de saúde, maior longevidade e maior solidão.<sup>5,2,14,1,25,37,38,7</sup>

No PMTI, a distribuição por faixa etária foi semelhante entre homens e mulheres, sendo que mais da metade dos idosos tinha idade inferior a 70 anos e apenas 7,7% apresentaram mais de 80 anos. A idade variou de 60 a 90 anos e a mediana foi igual a 68 anos (tabela 1).

Tabela 1 - Idosos do PMTI, de acordo com sexo e faixa etária, Viçosa-MG, 2002

Faixa Etária (anos)	Sexo					
	Masculino		Feminino		total	
	n	%	n	%	n	%
60 a 69	28	50,9	73	57,0	101	55,2
70 a 79	22	40,0	46	35,9	68	37,1
≥80	5	9,1	9	7,0	14	7,7
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

A ingestão adequada de nutrientes é fundamental para a manutenção da saúde, uma vez que a deficiência ou o excesso de nutrientes desencadeiam diversas patologias.<sup>41</sup>

Foi avaliada a inadequação da ingestão de proteínas, vitaminas e minerais (vitamina C, vitamina B2, vitamina B6, ferro e cálcio), de acordo com o sexo (tabela 2), sendo que entre os homens a prevalência de inadequação de vitamina C, vitamina A, vitamina B2 e proteína foi maior. Já entre as mulheres, as prevalências de inadequação de vitamina B1, B6 e ferro foram maiores quando comparadas aos valores médios de referência.

O estudo realizado com os idosos do PMTI revelou uma importante falha na alimentação dos indivíduos que apresentaram ingestão deficiente de vários nutrientes. Essas falhas podem estar relacionadas à aplicação de apenas um recordatório 24 horas. Segundo Kachani *et al.*,<sup>24</sup> o recordatório 24 horas é um método de investigação alimentar que consiste na descrição de todos os alimentos e bebidas consumidos no dia anterior. Apesar de ser um recurso amplamente utilizado, não é muito acurado tanto no estabelecimento de quantidades e porções ingeridas no dia anterior como por avaliar um único dia, possivelmente não representativo do consumo habitual.

Bingham<sup>4</sup> recomenda a utilização do recordatório 24 horas por três dias para avaliar o total da ingestão de alimentos e nutrientes, sendo esse método capaz de estimar as diferenças entre grupos de indivíduos em pesquisas epidemiológicas.

De acordo com o estudo realizado por Velazques-Melendez *et al.*,<sup>41</sup> foram encontrados níveis de ingestão de ferro e cálcio menores em idosos em relação aos indivíduos mais jovens. O mesmo ocorreu com o estudo realizado com os idosos do PMTI. A mediana para ferro foi de 10,1 mg/dia e para o cálcio foi de 1/3 da ingestão recomendada.

Tabela 2 - Inadequação da ingestão de nutrientes de idosos do PMTI, de acordo com o sexo, Viçosa-MG, 2002

Nutrientes	Sexo*	EAR	Mediana	Inadequação		OR ( IC )	P
				n	%		
Vit. C	H	75 mg/d	78,4mg/d	21	47,7	1,83 (0,85-3,91)	0,09
	M	60 mg/d	85,1mg/d	40	33,3		
Vit. A	H	625 µg/d	364 µg/d	33	75,0	1,50 (0,65-33,53)	0,30
	M	500 µg/d	384 µg/d	80	66,6		
Vit. B1	H	1,0 mg/d	1,0 mg/d	20	45,4	1,80 (0,85-3,83)	0,09
	M	0,9 mg/d	0,8 mg/d	72	60,0		
Vit. B2	H	1,1 mg/d	0,9 mg/d	31	70,4	1,76 (0,79-3,96)	0,13
	M	0,9 mg/d	0,8 mg/d	69	52,5		
Vit. B6	H	1,4 mg/d	1,1 mg/d	34	77,2	1,67 (0,64-4,28)	0,24
	M	1,3 mg/d	0,8 mg/d	102	85,0		
Ferro	H	6 mg/d	8,8 mg/d	3	6,8	1,95 (0,49-8,99)	0,40
	M	5mg/d	7,6 mg/d	15	12,5		
Proteína	H	0,66 g/kg/d	0,57mg/d	27	61,3	1,26 (0,59-2,70)	0,50
	M	0,66 g/kg/d	0,62mg/d	67	55,8		
Cálcio	H	1200 mg/d	364 mg/d				
	M	★ 1200 mg/d	406 mg/d				

\*n homens = 44 e n mulheres = 120

\*\*valores referentes a ingestão adequada ( A ).

Verificando-se as razões de chances apresentados na tabela acima, não houve diferença estatisticamente significativa na inadequação do consumo de nutrientes entre os sexos feminino e masculino.

Calculou-se a adequação da ingestão de carboidratos, proteínas e lipídios, considerando-se o percentual de energia por cada macronutriente (tabela 3).

Em estudo realizado por Lasheras *et al.*,<sup>26</sup> os autores encontraram uma ingestão deficiente de carboidratos (<55% do total calórico) em 95% dos homens e 84,7% das mulheres.

Dos idosos que ingeriam mais que 30% de energia provenientes de lipídios, 40,3% eram homens e 86,7% mulheres. Em relação à ingestão de proteínas, somente 7,3% dos homens e 1,0% das mulheres ingeriam menos que 10% da energia sob a forma de proteína, valores superiores aos encontrados no PMTI.

Como o cálculo da necessidade de energia estimada (EER) é diferente para homens e mulheres, a adequação da ingestão de energia foi avaliada de acordo com o sexo, sendo que as idosas (94,2%) ingeriam energia abaixo da EER e, entre os idosos, todos ficaram abaixo da EER.

Tabela 3 - Adequação da ingestão de macronutrientes, de idosos do PMTI, de acordo com o percentual de energia fornecido, Viçosa-MG, 2002

Sexo	Carboidratos				Lipídios			Proteínas		
	60-70	<60	>70	20-25	<20	>25	>30	12-14	<12	>14
Homens n=44	54,6	29,5 *	15,9	25,0	25,5	50,0	18,2	38,6*	27,3*	34,1
Mulheres n=120	41,8	46,6	11,6	31,7	15,0	53,3	24,1	21,6	16,7	61,7 *
<b>Total n=164</b>	<b>45,2</b>	<b>42,0</b>	<b>12,8</b>	<b>29,9</b>	<b>17,6</b>	<b>52,5</b>	<b>22,5</b>	<b>26,3</b>	<b>19,5</b>	<b>54,2</b>

\* $\chi^2 = 3,87$ ,  $p < 0,05$

Um bom estado de saúde está associado à qualidade e variedade dos alimentos ingeridos no dia-a-dia. É evidente que a ingestão de dietas ricas em gorduras de origem animal se associa à maior incidência de doenças cardiovasculares e câncer, e que as dietas ricas em frutas e hortaliças associam-se com me-

nor incidência de alguns tipos de câncer.<sup>30,12</sup> É importante conhecer a realidade alimentar de um povo, já que seus hábitos alimentares são resultantes de variáveis demográficas, econômicas, sociais, culturais e ambientais.<sup>3</sup>

No presente estudo, nota-se a influência da cultura alimentar mineira no consumo ali-

mentar dos idosos, principalmente em relação aos alimentos fontes de lipídeos, dos quais houve consumo considerável de carnes, principalmente aquelas que contêm um alto percentual de gordura (frango com pele, vísceras, carne de porco) e também leite integral.

Os alimentos energéticos citados como os mais consumidos pelos idosos foram o arroz e o pão, sendo que o consumo diário do arroz atingiu 80% dos indivíduos. No grupo dos alimentos protéicos, 88% dos idosos relataram ingerir feijão diariamente. Apesar de predominar a baixa renda entre a população estudada (54,7% dos idosos possuem renda menor que um salário mínimo), 57,2% dos idosos do PMTI afirmaram consumir algum tipo de carne. O consumo diário de leite e derivados foi de aproximadamente 70%.

Comparando-se os resultados deste estudo com os apresentados na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) no período de 2002-2003 (IBGE, 2004), observaram-se algumas diferenças. Por exemplo, no presente estudo, o consumo de arroz, feijão e leite foi mais

significativo do que o consumo apresentado pela POF, pois o consumo desses alimentos, nesta pesquisa, sofreu uma queda comparada às pesquisas anteriores.

As principais fontes de vitaminas e minerais são representadas pelos alimentos reguladores presentes na dieta, em que as frutas foram as mais citadas pelo grupo – resultado semelhante ao encontrado por NAJAS *et al.*,<sup>32</sup> chegando a alcançar 60% dos idosos, principalmente as mulheres. As frutas mais acessíveis foram as mais consumidas, como banana (42,5%), laranja (26,3%) e maçã (14,4%). Cinquenta e sete por cento dos idosos consumiam hortaliças do grupo A diariamente. Assim como as frutas, as hortaliças foram consumidas conforme a renda. A alface (46%), a couve (42%) e o tomate (32%) foram as mais consumidas pelos idosos, pelo menos três ou quatro vezes por semana.

Do grupo das bebidas, o café mostrou-se fortemente inserido no hábito desses indivíduos. Mais de 90% dos idosos consumiam café diariamente (tabela 4).

Tabela 4 - Frequência relativa de consumo diário de alimentos em idosos do PMTI, de acordo com o sexo, Viçosa-MG, 2002

Grupos	Alimentos	Homens	Mulheres	Total
Energéticos	Arroz	81,4	78,8	79,5
	Pães/Biscoitos	53,5	69,9*	65,0
Protéicos	Carnes	62,8	55,3	57,2
	Feijão	86,0	88,6	87,9
	Leite/Derivados	58,1	70,7	67,4
Reguladores	Frutas	51,1	68,3*	63,8
	Hortaliças A	48,8	60,9	57,8
Bebidas	Café	97,7	91,8	93,4

\*p ≤ 0,05.

A margarina foi mais consumida do que a manteiga – 20 e 2% respectivamente. Nas últimas décadas houve aumento na prática de substituição de gorduras de origem animal por óleos vegetais, decorrente principalmente pelo abandono do uso da banha e pela substituição da manteiga pela margarina.<sup>30</sup>

## CONCLUSÃO

Dos idosos estudados, quase todos apresentaram ingestão energética abaixo da necessidade energética estimada (EER). Observou-se um desbalanceamento na dieta, havendo alta prevalência de inadequação no consumo de proteínas, vitaminas e minerais na alimentação. Encontrou-se também uma alta frequência de idosos com alto consumo de energia de fontes lipídicas (52,5%) e uma elevada frequência de idosos com baixo consumo de energia proveniente de carboidratos (42%).

Os alimentos mais consumidos foram o arroz, feijão, café, frutas e hortaliças do grupo A, o que mostra que o padrão alimentar da população estudada não se diferencia da dieta básica da população brasileira. O consumo de cálcio na dieta foi quantitativamente insuficiente, mesmo que 70% dos idosos tenham afirmado consumir leite e derivados diariamente.

Apesar dos resultados encontrados, pode-se acrescentar dignidade e qualidade de vida aos anos vividos, bem como aumentar a longevidade deste grupo, por meio da integração de ações (médicas, nutricionais) de socia-

lização do idoso no decurso de oficinas de trabalho e lazer, que são desenvolvidas pelo Programa Municipal da Terceira Idade.

## NOTAS

- <sup>a</sup> PhD em Saúde Coletiva. University of Kentucky, UK, EUA. Professor Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. E-mail: altinoco@ufv.br
- <sup>b</sup> Mestre em Ciência da Nutrição. E-mail: wilson.fuom@ig.com.br
- <sup>c</sup> Nutricionista, mestranda em Ciência da Nutrição, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. E-mail: mslsantana@yahoo.com
- <sup>d</sup> Nutricionista, mestranda em Bioquímica Agrícola, Universidade Federal de Viçosa. E-mail: larissafroede@yahoo.com.br
- <sup>e</sup> Nutricionista, estudante especial do Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa. E-mail: amandanutuerj@yahoo.com.br
- <sup>f</sup> Doutora em Nutrição, Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. E-mail: sylvia@ufv.br
- <sup>g</sup> Doutora em Alimentos e Nutrição, Universidade Estadual de Campinas. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. E-mail: msilva@ufv.br
- <sup>h</sup> Doutora em Ciências e Tecnologia de Alimentos, Universidade Federal de Viçosa. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. E-mail: casantos@ufv.br

## REFERÊNCIAS:

1. Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(3).
2. Anderson MIP. Saúde e Condições de vida do idoso no Brasil. [mestrado] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.

3. Barreto SAJ, Cyrillo DC. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Rev Saúde Pública* 2001; 35 (1): 52-9.
4. Bingham SA. The dietary assessment of individuals: methods, accuracy, new techniques and recommendations. *Nutr Abstr Rev* 1987; 57:705-42.
5. Carvalho F, Telarolli Jr. R, Machado JCM. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(3): 617-21.
6. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr* 2000; 13 (3): 157-65.
7. Cervato AM, Derntl AM, Latorre MRO, Marucci MFN. Educação nutricional para adultos e idosos; uma experiência positiva em Universidade Aberta para Terceira Idade. *Rev Nutr* 2005; 18(1): 41-52.
8. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
9. Cintra IP, et al. Métodos de inquéritos dietéticos. *Cadernos de Nutrição* 1997; 13: 11-23.
10. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SB, Guimarães RM. Diagnóstico da Situação de saúde da População Idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9 (1): 23-41.
11. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. – Epi Info, versão 6.02: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. Geórgia: Center for Disease Control; 1990.
12. Donkin AM, Johnson AE, Lilley JM. Gender and living alone as determinants of fruit and vegetable consumption among the elderly living at home in urban Nottingham. *Appetite* 1998; 30: 39-51.
13. Ferrioli E, et al. Aspectos do metabolismo energético e protéico em idosos. *Nutrire : revista de Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição* 2000; 19/20:19-30.
14. Filho JMC, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 445-53.
15. Fox E, Kuo J, Tilling L, Ulrich C. User's manual – sigma stat: statistical software for windows. Germany: Jandel; 1994.
16. Huang, Y, et al. Nutrient intakes and iron status o elderly men and women. *Nutr Res* 2001; 21: 967-81.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Resultados preliminares do censo 2000. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
18. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes: Applications in dietary assessment. Washington: National Academy Press; 2001. 306p.
19. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D and fluoride. Washington: National Academy Press; 1997. 432p.
20. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin, and coline. Washington: National Academy Press; 2000. 592p.
21. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for vitamin C vitamin E, selenium, and carotenoids. Washington: National Academy Press; 2000. 529p.
22. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese,

- molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. Washington: National Academy Press; 2002. 800p.
23. Institute of Medicine/Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients). Washington: National Academy Press; 2002. 936p.
  24. Kachani AT, et al. Seletividade alimentar da criança. Revisão e ensaio. *Pediatria* 2005; 27 (1); 48-60.
  25. Lamy M, et al. Oral status and in the instituonalized elderly. *J Dent* 1999; 27: 443-8.
  26. Lasheras C, et al. Dietary Intakes and biochemical indicators of nutritional status in an elderly. *Nutr Res* 1999; 19 (9): 1299-312.
  27. Lazarus R, et al. Repeatability of Nutrient Intake and biochemical indicators o nutritional status in an elderly. *Nutr Res* 1999; 19 (9).
  28. Lwanga SK, Lemessow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. World Health Organization, Geneva, 1982.
  29. Mathey MAM; et al. Social and physiological factors affecting food intake in elderly subjects: an experimental comparative study. *Food Quality and Preference* 2000; 11: 397-403.
  30. Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Rev Saúde Pública* 1994; 28(6): 433-9.
  31. Monteiro JBR, Steves EA. DIET Pro, versão 3.0: Sistema de suporte a Avaliação Nutricional e Prescrição de Dietas. Agromidia Software, 2001.
  32. Najas MS, et al. Padrão alimentar de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana de região sudeste, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(3): 187-91.
  33. Nogués R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes em el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica* 1995; 15(2): 39-44.
  34. Oliveira SP, Thebaud-Mony A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 201-8.
  35. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades no-transmisibles. Ginebra; 1990. (OMS – Serie de Informes Técnicos, 797).
  36. Philippi ST. Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional. São Paulo: Coronário; 2002. 123p.
  37. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(4): 349-55.
  38. Teixeira JJV, Lefevvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2): 207-13.
  39. Tinôco ALA, et al. Caracterização sócio-econômico-demográfica do idoso viçosense. In: Anais do 16º Congresso Brasileiro de Economia Domestica; 2001. Viçosa. Viçosa; 2001.
  40. Vannucchi, H, et al. Aplicações das recomendações nutricionais adaptadas à população brasileira. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira se Alimentação e Nutrição; 1990. (Cadernos de Nutrição, 2).
  41. Velásquez-Meléndez G, et al. Consumo alimentar de vitaminas e minerais em adultos residentes em área metropolitana de São Paulo. Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2):157-62.

Recebido em: 12/4/2007

Aceito: 09/7/2007



## O idoso asilado: a subjetividade intramuros

*The institutionalized elderly: the subjectivity on the other side*

Nayara de Paula Faleiros<sup>1</sup>  
José Sterza Justo<sup>2</sup>

### Resumo

O processo de envelhecimento humano desperta interesse como objeto de estudo desde o século VI a.C., quando os filósofos da Antigüidade já utilizavam um sistema periódico para descrever a vida. Porém, ainda há poucos estudos sobre idosos asilados. Esta pesquisa se propôs a investigar como os idosos residentes em uma instituição asilar de Assis/SP representavam a si mesmos e o lugar em que viviam. Procuramos também mapear as possíveis relações entre essas representações e o processo de institucionalização. Para tanto, entrevistamos 21 idosos (13 homens e oito mulheres). A análise das entrevistas mostrou que a percepção que idosos asilados têm de si mesmos e da instituição asilar é heterogênea. Apesar de reconhecerem o processo de institucionalização pelo qual passam, poucos o apontaram claramente, nomeando os aspectos positivos e negativos. Em geral, utilizaram assertivas curtas ou a contraposição da vida anterior à entrada no asilo à vivida atualmente no mesmo para demarcar as diferenças que sentiram.

### Palavras-chave:

envelhecimento;  
idoso; auto-  
imagem; percepção  
social ;  
institucionalização  
instituição de longa  
permanência para  
idosos; Assis/SP

### Abstract

The process of human aging has been considered an interesting study subject since the 6th century BC, when ancient philosophers used a periodical system to describe life. However, there are few studies on elderly living in nursing homes. This research aimed to investigate how elders living in a nursing home in Assis/SP (Brazil) feel about themselves and about the place they live. We have also tried to find potential relationships between those portrayals and the institutionalization

---

#### Correspondência / Correspondence

Nayara de Paula Faleiros  
R. Edith Junqueira de Azevedo Marques, 169 apto térreo – Horto do Ypê –  
05782-390 - São Paulo, SP  
E-mail: nayarapfaleiros@yahoo.com.br

---

Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP,  
Processo nº 04/15471-0.

process. To do so, 21 elderly were interviewed (13 men and eight women). When the interviews were analyzed, we came up to the conclusion that the elderly living in nursing homes have a heterogeneous perception of themselves and of the institution. Although aware of the institutionalization process they are subjected to, few of them were able to describe it clearly, stating the positive and negative aspects. In general, they used short assertions or comparisons against the life they used to live before being admitted to the nursing home, in a way to point out the differences they felt.

**Key words:** aging ; aged; self concept; social perception; institutionalization ; homes for the aged ; Assis/SP

## INTRODUÇÃO

As pesquisas desenvolvidas atualmente nas áreas geriátrica, gerontológica e da Psicologia do desenvolvimento têm, em sua grande parte, procurado desinstitucionalizar o conceito de envelhecimento populacional conhecido até então, seja pela reafirmação deste como processo integrante da experiência vivencial dos indivíduos, seja pela desconstrução dos estereótipos a ele imprimidos.

A descrição da vida humana por meio de períodos delineados é uma prática utilizada desde o século VI a.C. pelos filósofos jônicos. Ariès<sup>1</sup> comenta que este sistema das “idades da vida” foi posteriormente adotado nos escritos bizantinos da época medieval e nos primeiros livros científicos datados do século XVI. Nestes últimos, a periodização da vida esboçava praticamente todas as características afirmadas já no século XIV: era representante das diferentes etapas biológicas e das funções sociais a elas atribuídas.

A partir do século XVIII, baseada na associação do cientificismo evolucionista e da modernização ocidental, as concepções de juventude e velhice como pólos opostos fo-

ram constituídas dentro de um campo de valores “*de acordo com suas possibilidades para produção e reprodução de riqueza (...) não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia também o ser valor simbólico*”.<sup>4</sup>

Em consequência dessa lógica maquinica, a juventude e o processo de escolarização, o adulto e as relações de trabalho e a velhice e o momento da aposentadoria foram fixadas como três categorias socialmente funcionais, parte da segunda etapa de investimento sensível na idade cronológica dentre as três sucessivas investigadas por Moody (apud Debert).<sup>9</sup> A primeira se refere à pré-modernidade, em que o status familiar é mais relevante que a datação cronológica para atuar como ratificador do nível de maturidade e gerenciamento de poder. A terceira é a pós-modernidade, que procura desconstruir a obrigatoriedade do vínculo geracional do curso de vida dos indivíduos com a criação de “um estilo unietário”, em que “*o curso de vida transforma-se em um espaço de experiências abertas e não de passagens ritualizadas de uma etapa para a outra*”, conforme Giddens (apud Debert).<sup>4</sup>

Nessa perspectiva, promete-se a possibilidade de novas normas, expectativas e com-

portamentos em determinada idade e a descaracterização de estereótipos, fomentando redefinições nas categorias etárias vigentes.

Apesar de essas novas imagens existirem como parte de um momento de reformulação do discurso científico sobre o processo de envelhecimento, a realidade vivida pelos idosos residentes em instituições asilares parece estar a margem desse contexto, na continuidade de uma dinâmica que aparenta lhes ser própria. “*Talvez a visibilidade das instituições asilares se deva a isso, em parte, visto que os velhos institucionalizados dificilmente se encaixam nas imagens da terceira idade*”.<sup>13</sup>

No Brasil, a primeira instituição voltada para os cuidados da velhice foi o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, em 1890, na Cidade do Rio de Janeiro/RJ, conforme Groisman<sup>13</sup> (1999). Essa instituição asilar não abrigaria apenas os idosos pobres, prosseguindo numa óptica filantrópico-assistencialista do início do século XIX, mas também àqueles que tinham recursos financeiros. Para estes, foi criada uma ala especial na referida instituição em 1909, onde residiam mediante pagamento de mensalidade.

A prática da institucionalização no Brasil do século XIX perpassou mudanças nos valores socioculturais vigentes, sendo agrupadas por Groisman<sup>13</sup> (1999) em três momentos. Num primeiro, o indigente, visto como incapaz para o trabalho, era considerado parte da sociedade e, por isso, “protegido” pela caridade das famílias abastadas. Os idosos já se encontravam em meio a esses pobres, porém não como população diferenciada. O segun-

do momento é marcado pelo fortalecimento do discurso higienista da medicina social que, associada à filantropia, interveio sobre a organização do espaço urbano por uma “sociedade sadia”, controlando, separando e categorizando os pobres, além de criticar a caridade realizada até então. O terceiro momento pode ser caracterizado pela “laicização”, quando as instituições se tornaram especializadas: “*(...) os mendigos considerados inválidos eram encaminhados ao Asilo São Francisco de Assis (novo nome do Asilo de Mendicidade), os loucos ao Hospício Nacional, os menores aos institutos correcionais*”.<sup>13</sup>

O espaço asilar parece não ter sofrido grandes transformações...

## O INTRAMUROS

Desde seu início, a função do espaço asilar não era promover a recuperação do indivíduo ali residente e incentivar sua volta ao convívio social mais amplo, como acontece nos hospitais, por exemplo. Era, e continua sendo, uma instituição depositária, tuteladora de indivíduos idosos, oferecendo apenas os cuidados “*suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida*”.<sup>8</sup>

Em geral, a instituição asilar possui uma estrutura, tanto física quanto dinâmica, que pouco oferece espaços de lazer e promoção de saúde para os residentes, entendendo-se como promoção de saúde uma proposta de cuidados que procure capacitar o idoso a viver com qualidade de vida e de forma autônoma.

Além disso, raramente possui um grupo de cuidadores que não associem doença e velhice, resultando em práticas infantilizadoras e exacerbantes. “(...) o mais comum é que, sob muitos aspectos, o idoso seja tratado com aquele misto de condescendência e impaciência característico de grande parte das relações adulto-criança”.<sup>14</sup>

Outro fato preponderante é a relação que os idosos residentes mantêm entre si. Fornós<sup>10</sup> descreve bem esse quadro: “*En general, el contacto entre ellos era escasso, apenas si conocían los unos a los otros, se comunicaban muy poco entre si cada cual parecía vivir aisladamente*”.

A manutenção rígida do cotidiano asilar em detrimento de estímulos à sociabilização entre os internos, a indisposição dos indivíduos, a condição física dificultadora que diminui a frequência dos contatos interpessoais e a evitação de relações identificatórias com o outro que representa “a minha velhice”, são alguns motivos que reforçam a continuidade dessa situação.<sup>3,14</sup>

Dentro desse contexto e apoiados na literatura concernente, desenvolvemos uma pesquisa com idosos residentes numa instituição asilar na cidade de Assis/SP. Nosso objetivo foi verificar, através da fala dos próprios idosos, as representações que tinham a respeito de si mesmos e da instituição em que viviam – por meio de imagens, idéias e sentimentos. Procuramos também mapear as possíveis relações entre essas representações e o processo de institucionalização pelo qual passam.

## MÉTODO

Para tanto, atuamos como observadores participantes e utilizamos a entrevista semi-estruturada como principal instrumento para a coleta dos dados, compreendendo-a como importante técnica investigativa e facilitadora da emergência de fatos fundamentais da situação do entrevistado. Por meio dela, pode-se estabelecer uma relação afim entre este e o entrevistador.<sup>11</sup> Entrevistamos 21 sujeitos, oito mulheres e 13 homens, com idades entre 55 e cem anos, moradores efetivos da instituição asilar – que, naquele momento, abrigava cerca de 45 residentes – que atendiam ao critério de pleno domínio de fala e cognição e concordaram em participar da pesquisa nos termos da Resolução CNC n° 196/96.

Formulamos as questões das entrevistas com o intuito de promover um conhecimento e uma compreensão adequada da pessoa entrevistada e da situação que pretendíamos estudar, dividindo-as em dois momentos: no primeiro, primamos pela identificação e caracterização dos sujeitos, questionando-os sobre a composição familiar originária, rotina e convivência social. No segundo momento, os questionamos sobre a trajetória de vida, buscando apreender seus conceitos de vida/morte e sociabilidade/solidão enquanto indivíduos asilados. As entrevistas foram gravadas em fita para que detalhes verbais como hesitações, por exemplo, não fossem omitidos no decorrer da pesquisa.

Conseguimos realizar cada entrevista com um interstício de três dias, que se mostrou

bem adequado por permitir a retomada do encontro anterior sem prejuízo da motivação, além de evitar situações contraproducentes provocadas por acontecimentos próprios da rotina institucional como cultos religiosos, visitas de voluntários e familiares, consultas médicas e outros.

O contato inicial e o estabelecimento do rapport foram bastante facilitados pelo fato de conhecermos a instituição e seus usuários há certo tempo. Desde o ano de 2003, desenvolvemos um projeto de estágio nesse espaço, onde, por meio de intervenções semanais, realizamos oficinas de expressão com recursos diversos: pintura, escultura, fotografia, atividades físicas, entre outros.

Tivemos cuidado de esclarecer o melhor possível que as entrevistas individuais que faríamos eram uma atividade diferente daquelas que realizávamos habitualmente com eles, apesar de estarem ancoradas em toda nossa experiência anterior de contato com os idosos.

Mantivemo-nos atentos aos aspectos éticos da pesquisa e acompanhamos as emergências emocionais deflagradas em algumas entrevistas. Cumpre esclarecer que alguns tópicos abordados, como o momento de internação, reacendem conteúdos emocionais fortes; mas foi possível fornecer suporte a todos os sujeitos que se mostraram mais emotivos sem a necessidade de recorrer a outros profissionais.

A análise de conteúdo dos dados coletados foi baseada em Bardin<sup>2</sup> que propõe três etapas para sua realização. Na primeira, a pré-

análise, fizemos uma leitura prévia para conhecimento dos conteúdos das entrevistas, organizamos os dados coletados e sistematizamos as idéias iniciais com vistas a um plano de análise. Elaboramos também, orientados pelos objetivos da pesquisa, os indicadores, fazendo os recortes necessários para que os dados pudessem ser categorizados. Na segunda etapa, a exploração do conteúdo, transformamos os dados brutos colhidos nas entrevistas em representações claras do conteúdo destas e, a partir de suas características principais, procuramos categorizá-los, ou seja, agrupá-los por analogia segundo o campo de significação delimitado em cada categoria. Por último, no tratamento dos resultados, fizemos a interpretação dos dados, com o objetivo de mapear as representações expressas pelos sujeitos.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras/UNESP Assis, por meio do processo 02162/2004 e registro nº 003/2004. Os dirigentes da instituição asilar estudada e os idosos residentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Preservou-se a identidade da organização.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas e tomando-se por unidade mínima para a análise as palavras e segmentos de palavras dos sujeitos que compunham um tema, construímos as categorias abaixo relacionadas:

## 1. Motivos e iniciativa para o asilamento

Nesta categoria, agrupamos as unidades que diziam respeito não só às razões que os idosos apresentaram para sua institucionalização, mas também à indicação do sujeito dessa iniciativa: familiares, amigos, ex-patrões etc.

Dos 21 entrevistados, apenas dois disseram ter ido para o asilo por vontade própria, sendo que 11, dentre os outros 19 entrevistados que foram encaminhados para lá por outras pessoas, apontaram um familiar como o agente da iniciativa para a institucionalização.

*“(...) Fiquei cinqüenta dias no (...) no (...) hospital. E (...) que eu ia falar? [então os filhos da senhora a trouxeram para cá?] Aí (...) eu (...) a (...) eles trouxeram porque, pra eu não dar trabalho mais (...)” (D. Marília)*

*“O meu sobrinho. [por que ele trouxe a senhora?] (...) não sei (...) [repeti a pergunta] pra passear (...) e agora não quer me levar (...) [risos]” (D. Malvina)*

O contato dos idosos residentes com esses familiares em geral é escasso. Poucos idosos mencionaram serem visitados assiduamente por eles. Percebemos que mesmo aqueles que possuem familiares próximos – na mesma cidade ou em cidades contíguas – se sentem extremamente dependentes dos cuidados do asilo, abandonados pela sociedade, pela família e a caminho da morte. Junto com as perdas sociais já sofridas pelo envelhecer, o rompimento dessa rede relacional – de forma abrupta ou não – acentua a tendência ao

isolamento psicossocial dos internados, que têm poucas trocas afetivas também em relação aos outros moradores.<sup>8,14</sup>

As visitas de voluntários, amigos e curiosos costumam ser a maioria no caso da instituição em estudo, conforme nossa experiência de trabalho lá desenvolvida. Os motivos do afastamento familiar, após a institucionalização de boa parte dos entrevistados, não foram evidenciados em nenhuma das respostas dadas. Segundo nosso ponto de vista, seria necessário um acompanhamento sistemático dos envolvidos – idosos e familiares – para melhor compreensão dessa dinâmica e motivações, o que requeriria um estudo específico.

Quatorze entrevistados apontaram o adoecimento como principal motivo para suas internações. A doença tira-lhes a autonomia pessoal e exige maiores cuidados, o que a família não pode proporcionar pela falta de recursos financeiros, pela falta de tempo ou por seus membros não se acreditarem qualificados o suficiente frente às exigências.<sup>10,14</sup>

## 2. Mudanças sentidas pelo asilamento

Esta categoria se refere à confrontação da vivência após a institucionalização e a anterior a esta, ponderando-se as distinções sentidas e percebidas.

A maioria dos idosos entrevistados desenvolvia alguma atividade laborativa antes de ingressar no asilo, geralmente relacionada à agricultura, serviços domésticos, serviços gerais – pedreiro, pintor etc. – e outras áreas

diversificadas. Esta passagem da situação de labor, na qual eram agentes, à de “descanso”, quando são considerados inativos, foi apontada por alguns como a grande diferença percebida entre a vivência asilar e a anterior a esta.

*“Não, aí (...) ara (...) eu achava bão eu que tava trabaiaando, né. Em andava pra qui, pra lá (...) eu ia passeá e (...) aqui é parado, né (...) aqui, parece que fica mais doente do que quando tá trabaiaando (...)”* (Sr. Oswaldo)

Ao consolidar o trabalho como meio de subsistência humano, o capitalismo o constituiu como uma das atividades que nos é característica. Nessa ótica, a vida não tem valor se não é completamente dedicada ao trabalho, à produção de riquezas. Chegado o momento da aposentadoria, de desligar-se dessa “linha de montagem” a que se reduziu a vida, o idoso sente-se pesaroso, uma vez que este sistema de vida mutilador se tornou, praticamente, a única maneira de se viver.<sup>3,7</sup>

Uma outra parte dos idosos entrevistados considerava a vivência asilar melhor que a anterior, seja porque agora, no asilo, têm uma condição de vida mais favorável, seja porque a vivência anterior era conflituosa.

*“Aqui [no asilo] parece que tá mió, né. Porque eu não preciso fazer nada, num (...) eu fazia comida, lavava roupa, tudo, né (...)”* (Sr. Leopoldo)

*“Aqui tá melhor. [por que?] porque tá melhor porque eu tô sozinbo (...) livra de eu passar nervoso junto com a minha fia lá (...) que ela brigava muito”* (Sr. Mauro)

### 3. Relacionamento estabelecido com a estrutura asilar

Nesta categoria, evidenciamos os sentimentos de pertença ou não-pertença dos idosos à instituição asilar e os possíveis vínculos afetivos que lá são desenvolvidos entre os residentes e entre estes e os funcionários.

Em geral, grande parte dos entrevistados apontou apenas os positivos do asilo, nomeando como parâmetros de análise os recursos médicos disponibilizados, a alimentação oferecida, as pessoas, o repouso etc. Destes, três entrevistados relacionaram os pontos positivos ao fato de terem se acostumado com a institucionalização.

*“O que a senhora poderia dizer que é bom no asilo?”*

*“Ah (...) só (...) as coisas que a gente tem (...) tem recurso, né, tem médico, tem enfermeiro que dá insulina (...) são muito bonzinbos, né, então (...) a gente vai aceitando, né.”*

*“O que a senhora acha que é ruim no asilo e gostaria que mudasse?”*

*“(...) não tem não (...) não tem problema não (...)”* (D. Nélia)

Quando questionados quanto à vontade de sair do asilo, nove entrevistados disseram já ter pensado em fazê-lo, sendo que oito gostariam de retornar às condições de habitação que possuíam antes da internação. Pudemos verificar que entre aqueles que afirmaram não terem pensado em se mudar, o motivo preponderante é terem adquirido o

costume de permanecer no lugar em que já estão, deixando subentendido, muitas vezes, um sentimento de impotência.

*“Ah? [O senhor já pensou em sair do asilo?] (...) eu já entrei aqui memo (...) o que é que eu faria (...) já acostumei (...) tem é que acostumar mais, né (...).”* (Sr. Venâncio)

Essa situação é semelhante à encontrada por Jordão Netto<sup>14</sup> em sua pesquisa realizada em São Paulo/SP, em 1973, quando boa parte dos sujeitos estudados por ele também afirmou estar satisfeita com a instituição, apesar das diversas condições negativas então relacionadas pelo autor.

Vimos que mesmo com as mortificações do Eu<sup>12</sup> sofridas durante o processo de asilamento, esses idosos apresentam poucas queixas em relação a isso. Quanto aos vínculos relacionais, a maioria dos idosos comentou ter uma boa relação com os demais internos e com os funcionários da instituição, principalmente pelos cuidados assistenciais prestados.

#### 4. Contato mantido com o mundo externo

Nesta categoria, apresentamos as atividades que direta ou indiretamente aproximam os residentes do cotidiano exterior à instituição.

Uma das atividades é a visitação no asilo, que ocorre durante o período comercial todos os dias da semana. Apenas dois residentes disseram não receber visitas, seja de parentes, amigos, voluntários ou curiosos.

Consideramos a participação nas atividades promovidas pelo núcleo de estágio da Universidade Aberta à Terceira Idade da Unesp/Assis, instituição à qual somos vinculados, citadas anteriormente, como uma segunda forma de contato com o exterior. Três idosos comentaram que não participam dessas atividades. Os demais afirmaram participar e gostar das oficinas realizadas, por estas lhes proporcionarem momentos de diversão e distração.

Quanto a passeios pela cidade, 12 idosos disseram não fazê-lo por dificuldades físicas para locomoção, cansaço, possibilidade de atraso nos horários da alimentação ou simplesmente por não se sentirem à vontade em sair.

#### 5. Perspectivas futuras

Reunimos nesta categoria as representações que os idosos fizeram em relação ao porvir. Percebemos que foi aquela que obteve maior variedade e conseqüente distribuição de unidades expressivas.

Sete entrevistados não apresentaram qualquer projeto de vida para o futuro, restringindo suas expectativas à cotidianidade. Quatro entrevistados disseram que gostariam de voltar a trabalhar. Seis entrevistados gostariam de sair da instituição asilar e “voltar para casa”, e três manifestaram a vontade de morrer o mais breve possível, percebendo a morte como resolução dos sofrimentos vivenciados.

*“Ah (...) [pausa longa] Eu já tô muito desanimado da vida, vixi (...) desanimado da minha doença (...) não sara a dor na perna (...).”*

*que o problema da perna qui é (...) treme direto. Já fui no médico, o médico disse é (...) causa de derrame que eu tive (...) [pausa longa] [O que o senhor pensa em fazer daqui para frente?] Ah, não tenho por enquanto não (...) não tenho não, não tenho não [a voz foi baixando até sussurrar].” (Sr. Mauro)*

*“Futuro? Ficar bom e trabaia.” (Sr. Juvenal)*

*“(...) No futuro? Eu espero só que Deus me leve. Quanto mais perto (...) porque eu tenho que pensar na minha alma, senão eu já tinha (...) terminado com a vida.” (D. Amanda)*

A partir do exposto, acreditamos que a concepção da velhice asilada como um processo de constantes perdas, que traz ao indivíduo a sensação de não poder mais viver suas potencialidades de forma plena e relacionar-se com o porvir, é uma representação da maioria dos residentes. Apesar de a velhice estar ainda vinculada às construções das idéias de morte e declínio das funções vitais, vimos a importância de não reduzirmos o envelhecimento à homogeneização, pois há aqueles que percebem o asilo como mais um local de passagem, assim como outros já vividos. E, embora saibam das dificuldades – físicas, financeiras, entre outras – a que estão expostos, nutrem a esperança de saírem de lá em algum momento.

Um fato que nos intrigou bastante foi que a maioria dos idosos afirmou não ter recordações dos primeiros tempos na instituição. Alguns disseram apenas que se acostumaram rapidamente e que agora estava “tudo bem”. Segundo Goffman,<sup>12</sup> todos nós temos uma “cultura aparente” fomentada pela convivên-

cia familiar, em que adquirimos hábitos e maneiras próprias de agir que são aceitas por esse grupo que nos acolhe. Porém, quando se chega a uma instituição total, se é despojado dessa vida comum e, pelas “boas-vindas”, novas regras e condutas são ditadas, impondo-se um “rearranjo do eu”. Os primeiros dias na instituição asilar representam esse momento de passagem, quando o já residente passa a conhecer o cotidiano e o funcionamento institucional: as regras, as atitudes esperadas e os pequenos privilégios que se pode obter mediante a obediência.

Essa falta de comentários, e mesmo o silêncio proposital, nos sugeriu duas possibilidades de compreensão: ou realmente eles se esqueceram desse momento, seja pelos sofrimentos trazidos ou pelo tempo já passado – o tempo médio de asilamento varia entre dois a três anos, chegando a dez anos em alguns casos – ou se sentem de alguma forma pressionados a não fazerem qualquer reclamação sobre o ocorrido, por medo de punições por parte da equipe dirigente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas considerações prévias, podemos dizer que os idosos entrevistados percebem o processo de institucionalização a que são expostos e procuram demonstrá-lo em suas respostas utilizando assertivas curtas ou a contraposição das cotidianidades – anterior e posterior à institucionalização.

Um dos fatos que mais chamou nossa atenção foi uma grande parte dos idosos ter

afirmado estar satisfeita com a instituição asilar, com os recursos e serviços lá oferecidos, com os funcionários e com os outros residentes, sendo que, em contrapartida, demonstram apatia durante a realização de atividades como alimentação ou conversas. Comentaram ainda o ressentimento que têm frente ao afastamento do mundo externo, visível pelas poucas visitas que recebem e passeios que fazem. Em geral, observamos que procuram se isolar das coisas que estão ao redor, ao mesmo tempo em que enfatizam suas supostas passagens pela fase terminal de suas doenças – que em muitos casos não apresentam tal gravidade.

Esses discursos de aparente satisfação ou resignação podem ser problematizados a partir dos questionamentos de Jordão Netto,<sup>14</sup> que propõe as seguintes disposições de idéias, não excludentes entre si: ou o idoso sente-se receoso em criticar a instituição por crer que isto poderá prejudicá-lo, de alguma forma, junto aos dirigentes; ou o fato de terem sido, em geral, pessoas social, política e economicamente pouco participativas faz com que percebam o asilo como um prolongamento dessa situação, onde possuem ainda estabilidade e segurança.

Acreditamos que o processo de institucionalização se relaciona intimamente com essa representação conflituosa de si. Por um lado, sentem-se acolhidos pela instituição porque não ocupam mais um lugar na rede relacional comunitária em que estavam inseridos, recebendo cuidados essenciais à sua sobrevivência;<sup>6</sup> por outro, se sentem marginalizados em relação a esse mesmo meio social, carentes do contato com os outros e de exercerem

ativamente sua cidadania, liberdade de ir e vir, de se expressar, de tomar decisões etc.

Poucos idosos entrevistados desenvolvem alguma atividade que lhes desperta prazer ou que lhes exige certa dose de esforço pessoal e perspectivas futuras. Aqueles que possuem algum afazer se encontram em claro contraste com uma estrutura estagnante, que cultiva a idéia de que o asilo é apenas um “lugar de descanso” e estar lá significa “estar fora do mundo”, não restando mais o que fazer.

Vale ressaltar aqui que essa oposição – válidos e inválidos – foi uma das justificativas utilizadas no início do século XX no Brasil para a consolidação do asilo como instituição de assistência aos velhos “desamparados”, pessoas que, por terem suas condições físicas para o trabalho diminuídas, não poderiam mais realizá-lo da forma como até o momento tinham feito.<sup>13</sup>

Muitos idosos abraçam essa idéia de invalidez e mergulham num estado depressivo ao visionarem apenas as perdas e faltas constantes e procuram, então, se reafirmar a partir da própria doença.

A partir desta pesquisa, podemos concluir que a percepção dos idosos asilados sobre a instituição asilar e sobre si mesmos é referida de forma heterogênea nas respostas às entrevistas feitas. Apesar de reconhecerem o processo de institucionalização por que passam, poucos o apontaram claramente, nomeando os aspectos positivos e negativos, como “a comida é que é ruim”, “o isolamento é a parte ruim”, “os cuidados médicos são bons”,

entre outros. Procuraram, em geral, apresentar comparações entre a vida anterior à entrada no asilo e a vivida atualmente associadas a expressões indefinidas como “tudo mudou”, “muita coisa”, “nada é melhor”, “tudo é pior” etc., para demonstrar que percebiam as diferenças ocorridas em suas vidas, mesmo que silenciosa e passivamente.

## NOTAS

<sup>a</sup> Graduada e licenciada em Psicologia. Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, SP, Brasil.

<sup>b</sup> Professor Assistente no Departamento de Psicologia Social, Evolutiva e Escolar. Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis, SP, Brasil.

E-mail: justo@assis.unesp.br

## AGRADECIMENTOS

A todos os idosos que participaram da pesquisa, e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho

## REFERÊNCIAS

1. Ariès P. As idades da vida. In: \_\_\_\_\_. História social da criança e da família. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1981. p. 29-50.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
3. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
4. Birman J. O futuro de todos nós. In: \_\_\_\_\_. Estilo e modernidade em Psicanálise. São Paulo: Ed 34; 1997.
5. Bosi E. Memória e sociedade: lembrança de velhos. 2 ed. São Paulo: T.A. Queiroz; 1987.
6. Canôas C. A condição humana do velho. São Paulo: Cortez; 1983.
7. Cruz M. O idoso e a estimativa do tempo. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 1987.
8. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. [acesso 20 abr. 2005]. Rev Lat Am Enfermagem 2004 maio/jun.; 12(3): 518-24. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br>
9. Debert G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Fapesp; 1999.
10. FORNÓS, M. Experiencia de trabajo grupal en una institución geriátrica. 1997. [acesso 20 abr. 2005]. Disponível em: URL: <http://www.campogrupal.com/textos.html>
11. Garrett A. A entrevista, seus princípios e métodos. 5. ed. Rio de Janeiro: Agir; 1967.
12. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 6. ed. São Paulo: Perspectiva; 1999.
13. Groisman D. A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro na virada do século. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 1999.
14. Jordão Netto A. A segregação do velho na sociedade. São Paulo: Conselho Estadual do Idoso; 1986.

Recebido em: 14/3/2007

Aceito: 10/7/2007



## Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade

*The opinion of elders who attend third age groups about sexually-communicable diseases and HIV/AIDS*

Marinês Tambara Leite<sup>1</sup>  
Cristiano de Moura<sup>b</sup>  
Evelise Moraes Berlezi<sup>c</sup>

### Resumo

As DSTs e o HIV/Aids são afecções que acometem grande parcela da população. Este estudo buscou identificar o conhecimento que idosos participantes de grupos de terceira idade possuem acerca das DSTs e HIV/Aids. Estudo quantitativo, transversal, realizado em 2006, sendo a coleta de dados por meio de entrevista. Participaram 52 idosos residentes em Ijuí/RS. Após codificação os dados foram analisados descritivamente. Estes mostram predominância do gênero feminino (61,54%), da faixa etária de 60 a 69 anos (73,08%), com ensino fundamental incompleto (59,61%), casado (40,38%). A maioria ouviu falar acerca dessas afecções, e as principais fontes de informação são: televisão (88,46%) e profissionais de saúde (51,92%). Quanto ao HIV, os métodos preventivos conhecidos são: uso de preservativos (73,07%) e ter somente um parceiro sexual (46,15%). Chama a atenção que 25% dos idosos desconhecem que uma pessoa com aparência saudável possa ser portador do HIV e 34,62% referem conhecer pessoas portadoras desta morbidade. Quando questionados sobre as DSTs que conheciam, Aids (63,46%), gonorréia (38,46%); sífilis (28,84%); cancro mole (3,46%); verruga genital (11,53%) foram mencionadas. Sobre a realização do teste para detectar o HIV, 71,15% deles informaram não ter feito. Também, 73,07% não se consideram detentores de risco para contrair estas morbidades, e 38,46% deles nunca fazem uso de preservativos nas relações sexuais. Estes dados mostram que as campanhas de prevenção não estão atingindo adequadamente esse estrato da população, constituindo-se em preocupação, pois muitos idosos têm vida sexual ativa.

### Palavras-chave:

opinião pública;  
idoso; grupo social;  
doenças sexualmen-  
te transmissíveis;  
síndrome de  
imunodeficiência  
adquirida; Ijuí/RS

Correspondência / Correspondence

Marinês Tambara Leite

Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijui. Av Pindorama, 466 – 98700-000 – Ijuí, RS, Brasil

E-mail: marinesl@unijui.edu.br

\* Texto elaborado a partir da pesquisa cujo resultado culminou no Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijui, 2006.

## ABSTRACT

STD and HIV/AIDS are affections that affect a huge part of population. This study tried to identify the knowledge of elder, who attend third age groups, have about STDs and HIV/AIDS. It is a quantitative, transversal research. Data was collected through interviews. The study was carried out in 2006, and 52 elderly people, living in Ijuí City, Brazil, took part in it. After codification, data were descriptively analyzed. Information shows predominance of females (61,54%), ages ranging from 60 to 69 years-old (73,08%), with no completion of elementary school (59,61%), and married (40,38%). Most of them have already heard about these affections, and the major information sources are: television (88,46%) and health professionals (51,92%). When the subject is HIV, known preventive methods are: the use of condom (73,07%) and having only one sexual partner (46,15%). It is interesting that 25% of the elderly ones do not know that a person with a healthy appearance can be an HIV bearer, and 34,62% say that they know people who bear this morbid disease. When they were asked about the STD they knew, they mentioned: Aids (63,46%), gonorrhea (38,46%), syphilis (28,84%), chancroid (3,46%), genital wart (11,53%); 71,15% informed that they did not do the test to detect HIV; 73,07% do not consider themselves as people in risk to contract these diseases, and 38,48% say they never use preservatives during intercourse. Data show that the prevention campaigns do not reach this part of population, what should be a concern, since many elders have active sexual life.

**Key words:** public opinion; aged; social group; sexually transmitted diseases; acquired immunodeficiency syndrome; Ijuí city

## INTRODUÇÃO

O aumento progressivo das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV/Aids) na população idosa, revela que essa morbidade constitui um dos novos problemas de saúde pública. Em termos de Brasil, verifica-se que há progressiva elevação no número de casos notificados de Aids, havendo aumento significativo, nas últimas décadas, entre a população que se encontra na faixa etária superior a 60 anos, se comparada aos mais jovens, na qual há inclusive redução em algumas faixas

etárias. Dados mostram que o percentual, entre os indivíduos do sexo masculino na faixa de 25-29 anos de idade, correspondia a 50,9% (taxa de incidência por 100.000 habitantes) em 1993, baixando para 36,6% em 2003 – uma redução de 28%<sup>1</sup>.

O acréscimo, na faixa etária de 60 anos ou mais, ocorreu principalmente no sexo feminino que em 1993 era de 56 casos, passando para 321 casos novos em 2003 – um aumento de 473%. No sexo masculino, o aumento foi de 283 em 1993, para 577 casos novos em 2003, com aumento de 103%<sup>1</sup>.

Esses indicadores são de grande impacto na sociedade, visto que as perspectivas demográficas apontam para um crescimento acelerado no número de idosos, em especial nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Dados das Nações Unidas mostram que no mundo, entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento em torno de 223% de idosos. E que, em 2025, o número total de pessoas com mais de 60 anos será de aproximadamente 1,2 bilhão, passando para dois bilhões em 2050, sendo 80% nos países em desenvolvimento.<sup>20</sup>

Em concomitância a esse processo há ainda<sup>14</sup> muitos mitos e concepções errôneas sobre os idosos, sobretudo em relação à sexualidade. Imagina-se que estes não sentem desejo sexual por uma grande variedade de razões, como: sexo não tem importância na velhice, os últimos anos devem ser sem sexo; o interesse por sexo é anormal entre idosos; quando institucionalizadas, as pessoas idosas devem ser separadas, de acordo com o sexo, evitando problemas aos funcionários e crítica das famílias e comunidade.

É freqüente que os homens idosos procurem mulheres mais jovens como parceiras sexuais, porém considera-se ridículo quando mulheres idosas se envolvem, sexualmente, com homens mais jovens. Na realidade, o idoso continua tendo impulso e atividade sexual, embora haja alterações, devido às mudanças fisiológicas, expectativas socioculturais, problemas de saúde e medicações.

Deve-se considerar que a estrutura e função do sistema reprodutor sofrem modificações, devido a mudanças hormonais, tanto

no homem quanto na mulher, no decorrer da vida.<sup>14</sup> Mas o ancião, saudável, ativo ou debilitado, possui necessidade de expressar sua sexualidade, pois esta é intrínseca do ser humano. A sexualidade compreende amor, calor, partilha e o toque entre as pessoas, não apenas o ato físico da relação sexual. A libido não diminui, mas a freqüência da atividade sexual pode ser reduzida. A mulher idosa que não compreende as alterações físicas que afetam a atividade sexual pode pensar que sua vida sexual está chegando a um fim natural com o início da menopausa, “*por outro lado, o homem idoso descobre alterações na firmeza da ereção, tem menor necessidade de ejaculação em cada orgasmo ou maior período de recuperação entre cada intercurso sexual.*”<sup>14</sup>

Partindo destes dados, as questões relativas aos conhecimentos que idosos possuem acerca das DSTs e HIV/Aids apresenta relevância, tendo em vista a progressiva elevação no número de idosos em nosso país. A população idosa no Brasil tem aumentado, significativamente, passando de 4%, em 1940, para 9% da população total no ano de 2000. Essa ascensão é resultado da combinação da alta taxa de fecundidade, prevalente no passado em comparação com a atual, e da redução na taxa de mortalidade, aliadas ao avanço tecnológico e medidas de caráter preventivo.<sup>3</sup>

Junto ao expressivo número de idosos, diversas demandas passam a emergir em termos econômicos, culturais, sociais e de saúde. Nesse sentido, a sociedade em geral busca alternativas com a finalidade de atender a esse contingente populacional. Particularmente, no que se refere aos aspectos sociais, mesmo que incipiente, passou-se a estruturar a formação

de grupos com o objetivo de manter os idosos inseridos socialmente na comunidade na qual vivem. Comumente, os grupos são formados por pessoas idosas ou que estão numa faixa etária próxima à velhice, realizam encontros periódicos, freqüentemente, semanais. Cada grupo possui uma finalidade principal, porém todos objetivam exercitar a socialização e o lazer. Nas palavras de Zimmerman,<sup>21</sup> “*o ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social*”.

A participação dos idosos em grupos de terceira idade, especialmente naqueles que têm como finalidade primordial a dança (bailes), favorece a maior ocorrência de encontros afetivos, ampliando a possibilidade de o idoso continuar exercendo sua sexualidade. Além disso, o aumento do número da população de anciões, aliado à probabilidade de envelhecer com saúde, aponta para que exista um grande contingente de pessoas freqüentando grupos e, por conseguinte, tendentes a preservar o exercício da sexualidade.

Hoje a inserção de idosos em grupos de convivência tem aumentado significativamente, na medida em que há acréscimo de indivíduos com 60 anos de idade ou mais. A imagem de uma velhice monótona, sofrida e estereotipada perde aos poucos sua força, a partir do momento em que os indivíduos passam a freqüentar espaços sociais, adquirem conhecimentos e compartilham seus saberes.<sup>10</sup>

A possibilidade de conhecer novas pessoas, construir novas amizades, realizar atividades e exercícios físicos, divertir-se, entre outros, são motivos apontados pelos idosos para que passem a freqüentar um grupo de terceira idade. Enfim, diversas são as vantagens de estar inserido em determinado grupo. Entre elas, destaca-se a possibilidade de que os idosos voltem a construir laços afetivos. Isto ocorre principalmente entre os participantes de grupos cuja finalidade, além da socialização, é dançar (baile).

A partir da concepção de que a terceira idade é uma etapa de independência, maturidade e tempo de usufruir, atribuições ligadas ao dinamismo, à atividade e ao lazer, os idosos passam a invadir progressivamente os espaços públicos, criando estratégias de sociabilidade que lhes permitem tecer novas relações sociais e fugir do isolamento.<sup>5</sup>

Nesses espaços, muitos começam um novo relacionamento, passam a namorar e alguns realizam contrato nupcial. Essa situação pode ser considerada favorável para o conjunto de pessoas que freqüentam tal atividade, particularmente no que diz respeito ao exercício da sua sexualidade. Contudo, deve-se estar atento, uma vez que essa condição possibilita contato mais íntimo, e se não forem observadas as medidas de precaução, poderá ocorrer a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e/ou o vírus da imunodeficiência adquirida, de uma pessoa para a outra.

Cabe lembrar que, no geral, especialmente as mulheres, o cuidado em relação

ao sexo seguro vincula-se à possibilidade de uma gravidez, mas na velhice essa situação deixa de ocorrer. A partir desta concepção, na velhice parece haver maior liberação para o exercício da sexualidade sem quaisquer restrições em termos de prevenção, uma vez que os aspectos relativos às DSTs e HIV/Aids podem não constituir preocupação para essa parcela da população.

## OBJETIVO

Identificar o conhecimento e as práticas de prevenção que idosos residentes no Município de Ijuí/RS, participantes de grupos de terceira idade, possuem acerca das DSTs e HIV/Aids.

## METODOLOGIA

Pesquisa do tipo transversal, quantitativa, exploratória, descritiva, tendo como local de estudo o município de Ijuí/RS.

### População e amostra

Constituem a população deste estudo, 268 idosos que freqüentam quatro grupos de terceira idade localizados no meio urbano, cuja finalidade principal é oferecer espaço de socialização, por meio da realização de bailes. Os grupos realizam encontros semanais de aproximadamente quatro horas, e têm como local a sede social da comunidade à qual pertencem, e em alguns casos são realizados em espaços alugados.

Os critérios de inclusão da amostra foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar participando de um dos grupos de terceira idade no município de Ijuí/RS e aceitar fazer parte da pesquisa.

A amostra foi do tipo estratificada, casual, aleatória simples, sendo que foram entrevistados, no total, 52 idosos.

### Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu em dia predeterminado pelo responsável do grupo, mediante entrevista com utilização de um questionário contendo questões fechadas, as quais abordam dados sociodemográficos, métodos preventivos e conhecimento sobre DSTs e HIV/Aids.

### Análise dos dados

Após a codificação, os dados foram digitados em planilha *software Excel*, formando um banco de dados; as variáveis foram tabuladas e apresentadas por meio de figuras e tabelas.

### Aspectos éticos

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram observados conforme prevê a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>2</sup> Além disso, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí, o qual foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 003/2006.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

As questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis e ao vírus da imunodeficiência adquirida constituem relevante problema de saúde para a população, haja vista sua grande incidência em todas as faixas etárias. Além disso, identifica-se que, nas últimas décadas, há um progressivo aumento dessas morbidades nas pessoas que se encontram com idade superior a 60 anos. O aumento da expectativa de vida, aliado ao envelhecimento saudável, tem propiciado para que grande parte da população mantenha os laços sociais, participando ativamente das atividades de lazer, especialmente destinadas para esse estrato populacional. Tal condição favorece a inclusão social, afastando a possibilidade de abandono e exclusão, situação que é freqüente entre os idosos que não possuem vínculos sociais.

Os dados mostram que, quanto ao gênero, 61,54% são do sexo feminino e 38,46% do sexo masculino, demonstrando predominância de mulheres. Em relação a essa informação, diversas hipóteses explicam por que as mulheres vivem mais do que os homens no Brasil, além das explicações biológicas e genéticas habituais. Uma delas diz respeito às diferenças na exposição a risco de acidentes de trabalho, trânsito, doméstico, homicídio e suicídio, sendo quatro vezes mais freqüentes em homens do que em mulheres; a segunda hipótese está relacionada ao consumo de tabaco e álcool, favorecendo a ocorrência de doenças neoplásicas e cardiovasculares com maior freqüência entre os homens; a última diferença vincula-se à atitude em relação às

doenças, em que as mulheres possuem maior aderência ao tratamento.<sup>19</sup>

Em relação à idade, a distribuição ocorre entre as faixas etárias 65-69 anos, com 38,46% dos entrevistados; na idade de 60-64 anos o percentual é de 34,62%; na faixa de 70-74 anos se encontram 13,46% dos participantes; e com a idade superior a 75 anos, 13,46% da população idosa estudada. Percebemos que a maioria dos idosos se concentra na faixa etária de 60 a 69 anos, totalizando 73,07%. Este dado está em concordância com os dados apontados pelo Censo do IBGE de 2000,<sup>7</sup> segundo o qual a maioria dos idosos se concentra nesta faixa etária, com percentual de 56,28%.

Os dados relativos à ocupação mostram que 54% dos idosos estudados encontram-se aposentados, enquanto que 7,70% deles ainda realizam trabalhos como autônomos. Isto demonstra que os idosos atuais, ao se aposentarem, em vez de ficar em casa, correndo o risco de desenvolver sintomas depressivos ou outros males – pois se sabe que a fase de transição, depois de anos de trabalho, para a ociosidade, é muito complicada – estão freqüentando bailes de terceira idade. Nessa atividade, além de não se sentirem sozinhos, realizam atividades físicas e convivem socialmente.

Esta assertiva está em consonância com o que Rodrigues e Rauth<sup>15</sup> apontam sobre a aposentadoria como instituição social. Para elas, a aposentadoria “*apresenta alguns aspectos contraditórios. Se, de um lado, alguns a vivem como um tempo de liberdade, desengajamento profissional, de possibilidade de realizações, de fazer aquilo que não teve tempo de fazer durante a vida ativa, de aproveitar a vida, de*

*não ter mais padrão nem horários obrigatórios, por outro lado alguns a consideram como um tempo inútil, de desvalorização social, sem sentido, vazio, de nostalgia e de engodo.”*

Outra variável analisada é o nível de escolaridade, que, convertendo para o atual sistema de ensino, ficou assim distribuído: ensino fundamental incompleto, com um percentual de 59,61% dos entrevistados; ensino fundamental completo, com 17,32%; com ensino médio incompleto aparecem 3,84% dos idosos; o ensino médio completo foi mencionado por 1,92% dos participantes; o ensino superior foi realizado por 7,70% dos entrevistados; e 9,61% deles não possuem instrução formal.

A ausência de instrução ou o pouco tempo de estudo dos idosos podem não afetar seu senso crítico ou sua capacidade em compreender certos fatos. Mas acreditamos que podem causar dificuldade no entendimento das campanhas relacionadas a DSTs, HIV/Aids, tema deste trabalho. Por isso, os meios utilizados para que a informação chegue até essa população deve ser de fácil compreensão e com vocabulário simples. No entanto, observamos que há o predomínio da orientação técnica, sem preocupação com o nível de compreensão e das condições socioeconômicas e culturais da pessoa que está recebendo a informação. As orientações possuem uma única via de transmissão, não importando se há compreensão – isto é, se há percepção do risco em contrair alguma afecção sexualmente transmissível e se é possível pôr em prática tal intervenção.

Analisando a situação conjugal dos frequentadores dos grupos, percebemos que

40,38% deles encontram-se casados, 36,53% viúvos(as), 17,30% separados(das) e 5,76% são solteiros(as). No que diz respeito particularmente à viuvez, para os idosos atuais, essa situação conjugal significa autonomia e liberdade. Este fato foi constatado na pesquisa, pois 36,53% dos idosos são viúvos(as), demonstrando que esse estado conjugal não impede as pessoas de usufruírem esta etapa da vida, se divertir, conhecer novos parceiros(as), fazer novos amigos – enfim, levar uma vida saudável e divertida, pois consideramos que a viuvez e a terceira idade não são o fim de um ciclo, mas o início de outro, com suas particularidades, idêntica a qualquer outra fase da vida humana.<sup>4</sup>

Constata-se na pesquisa que a renda familiar da maioria dos idosos estudados que frequentam grupos de terceira idade encontra-se entre um e quatro salários mínimos (SM). Os que recebem entre 1 a 2 SM são 32,69% dos idosos; os que percebem de 2 a 3 SM correspondem a 25%; e os que ganham de 3 a 5 SM são 26,91% dos entrevistados. Mas também há frequentadores com renda inferior a um salário mínimo (7,70%), e um percentual semelhante recebe renda superior a cinco salários mínimos.

Essas informações divergem, pelo menos em percentuais, dos dados encontrados no Censo de 2000 do IBGE,<sup>7</sup> no qual as porcentagens são as seguintes: com rendimentos abaixo de um salário mínimo estão 39,80% dos idosos brasileiros; os que apresentam renda entre 1-2 SM estão 15,20%; com 2-3 SM são 8,50% dos indivíduos dessa população; de 3-5 SM são 10,60% dos idosos e com mais de

cinco salários mínimos encontram-se 20,90% do contingente idoso do Brasil.

O rendimento dos idosos é um item importante a ser analisado, pois está diretamente associado às condições de vida. Atualmente, muitas famílias são sustentadas financeiramente com os proventos da aposentadoria da(s) pessoa(s), o que às vezes não é suficiente, tirando, em muitos casos, a oportunidade do idoso utilizar o benefício em seu proveito. Contudo, aqueles que possuem condições de manter parte do dinheiro para si conseguem ter maior probabilidade de possuir melhor qualidade de vida, com dignidade e auto-estima elevada, tendo reflexo também na expectativa de vida.

Nos últimos anos, o rendimento salarial dos idosos tem aumentado, elevando a renda da população idosa em função da atual legislação, que prevê o “*benefício da prestação continuada*” como benefício assistencial para todo cidadão com idade superior a 65 anos. Essa resolução e a *universalização da Seguridade Social, da ampliação da cobertura da previdência rural e da legislação da assistência social, estabelecidas pela Constituição de 1988*”,<sup>3</sup> contribuíram para a melhoria das condições financeiras da população idosa. Segundo Camarano,<sup>3</sup> já em 1998 a situação em relação à renda havia melhorado muito, uma vez que a proporção de idosos sem renda era de 12%, enquanto que em 1981 esse percentual era de 21%. Com essa ação diminuiu o número de pessoas idosas sem rendimento.

Evidenciamos, ainda, que grande parte dos idosos pertence à religião católica (88,46%),

enquanto que a segunda religião predominante foi a evangélica, com 9,62%. Este dado tem sua significância, uma vez que valores e crenças, entre eles a religião, constituem elementos que podem interferir na percepção de vulnerabilidade a DSTs e HIV/Aids, especialmente na adoção de métodos de sexo seguro, como é o caso da utilização de preservativos.

Quanto à raça/cor, a maioria se autodenominou branca, com 82,68%, seguido pela negra e mulata, ambas com 7,70%. Esses índices coincidem com as da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2004, a qual constatou que na Região Sul do Brasil, não somente entre idosos, mas na população total, 82,80% são da raça/cor branca, 13,30% parda, 3,40% da raça negra e 0,50% de outra.<sup>8</sup>

Analisando os dados relativos à moradia, verifica-se que 75% dos participantes possuem casa própria, sendo que 42,31% residem com a(o) companheira(o); 32,69% moram com filho(a) e família; e 11,54% moram sozinhos(as). Segundo o IBGE, no Censo de 2000,<sup>7</sup> 62,40% dos idosos são responsáveis pelos domicílios brasileiros, representando 20% do total de moradias. E considerando os domicílios sob responsabilidade de idosos, 17,90% são de indivíduos que moram sozinhos.

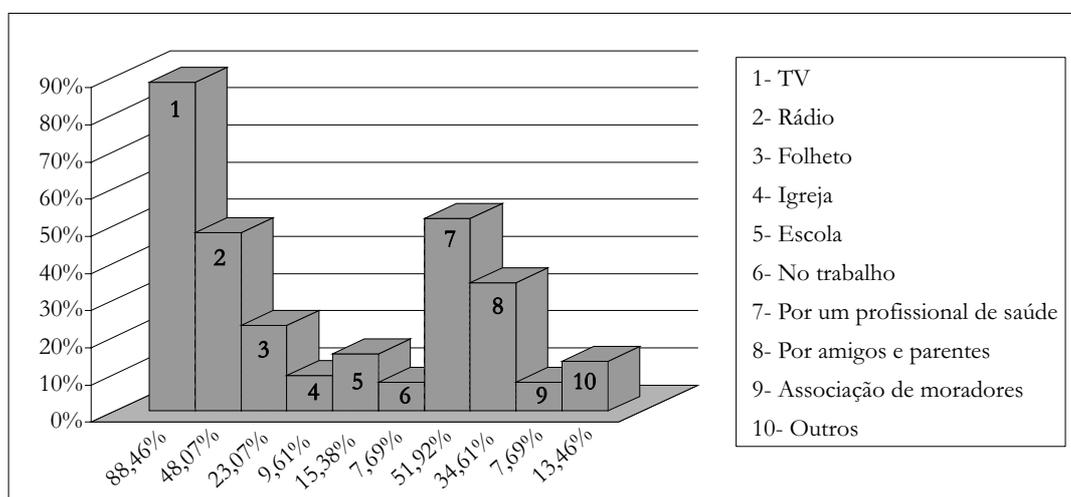
Ao serem questionados se já haviam ouvido falar sobre DSTs e HIV/Aids, na proporção de 82,69% e 98,07% respectivamente, responderam afirmativamente. No entanto, 9,61% não ouviram falar sobre DSTs e 1,93% mencionaram que nunca ouviram falar sobre HIV/Aids. Além disso, 7,70% dos

idosos não lembraram de ter escutado algo sobre DSTs.

Essa informação nos revela que os idosos, mesmo que não saibam as especificidades sobre as DSTs e HIV/Aids, ao menos já ouviram

falar e sabem que tais morbidades existem. O acesso aos meios de comunicação e de informações, aliado à evolução cultural na sociedade atual, possibilitaram modificações comportamentais, permitindo maior esclarecimento e conscientização, em especial, entre os idosos.<sup>17</sup>

Figura 01 - Distribuição dos idosos participantes de Grupos de Terceira Idade do Município de Ijuí/RS, quanto aos meios em que obtiveram informações sobre DSTs e HIV/Aids . Ijuí/2006.



Fonte: Moura, Cristiano de. Pesquisa de campo. Ijuí, 2006.

No que diz respeito aos meios pelo qual obtiveram informações sobre DSTs e HIV/Aids, a televisão foi a mais indicada (88,46%), seguida por profissionais de saúde (51,92%), rádio (48,07%), amigos e parentes (34,61%) e por meio de folhetos (23,07%). Como as campanhas referentes à área da saúde em geral são ainda direcionadas à população jovem e de meia idade, os estudos mostram que elas devam ampliar o leque de intervenção, no sentido de atingir também a população idosa. Outro foco

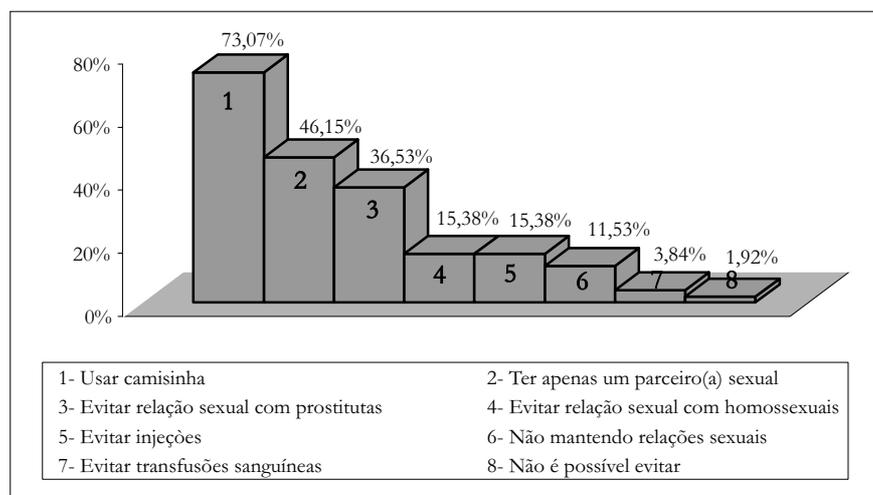
de preocupação é o modo como está sendo abordado o tema DSTs e HIV/Aids, priorizando a população jovem e não contemplando a população de idosos. Além disso, é oportuno usar também uma linguagem adequada para que as pessoas da terceira idade possam compreender, assimilar e aderir aos meios de prevenção dessas morbidades.

Contribui para isso o fato de que, na sociedade atual, a pessoa idosa é vista ainda de

forma pejorativa, em situação de fragilidade, desvalorização, entre outros. Essa condição parece não motivar os responsáveis pela divulgação dos meios de prevenção das DSTs e HIV/Aids, para que tais informações atinjam o público formado por pessoas idosas. Além desse fato há o preconceito, freqüente, de que na velhice os idosos não exercitam sua sexualidade e, portanto, não se enquadram no grupo de pessoas consideradas vulneráveis.

A “difusão de noções preconcebidas sobre a velhice envolve diversas áreas vitais, como cognição, saúde, sociabilidade, personalidade, sexualidade e capacidade de trabalho”.<sup>12</sup> Restam muitos desafios em relação às campanhas de prevenção, pois, além da falta de profissionais capacitados, há descontinuidade das ações e inexistência de informações sobre a eficácia das campanhas “panfletárias” (distribuição de folhetos), já que neste caso as orientações são superficiais e, muitas vezes, não atingem a população idosa.<sup>13</sup>

Figura 02 - Distribuição dos idosos participantes de Grupos de Terceira Idade do Município de Ijuí/RS, quanto aos métodos que conhecem para evitar DSTs e HIV/Aids. Ijuí/2006.



Fonte: Moura, Cristiano de. Pesquisa de campo. Ijuí, 2006.

Os dados mostram que a população de idosos estudada possui conhecimento acerca da maior parte dos meios que podem ser utilizados com vistas à prevenção de DSTs e HIV/Aids. Na figura 02 podemos verificar os métodos que são conhecidos e menciona-

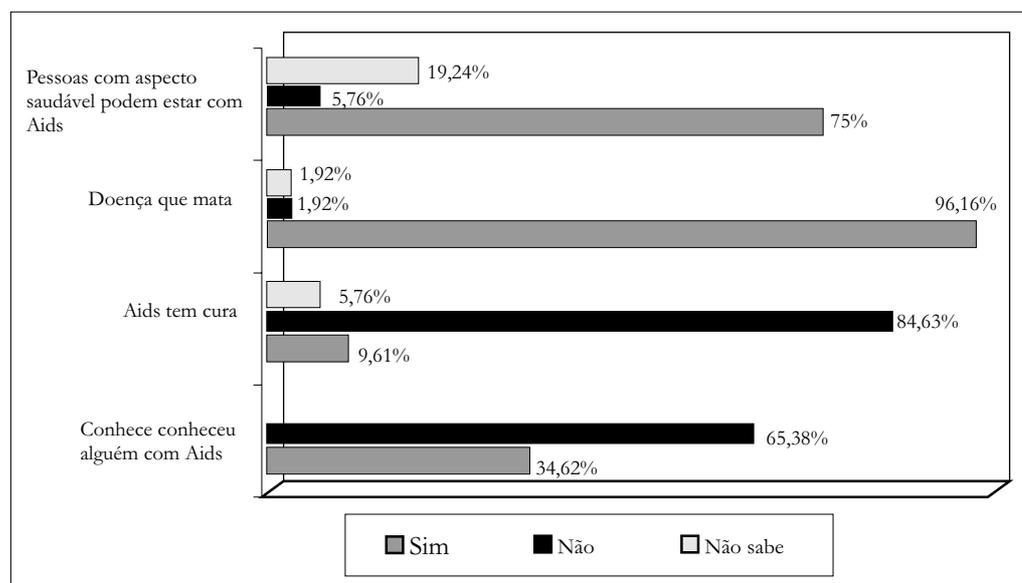
dos pelos idosos para evitar DSTs e HIV/Aids. O uso de preservativo masculino foi indicado por 73,07%; seguido por ter um único um parceiro(a) sexual, 46,15%; evitar relações sexuais com profissionais do sexo, 36,53%; evitar relações sexuais com homos-

sexuais e injeções aparece com os mesmos percentuais, 15,38%; não manter relações sexuais foi mencionado por 11,53% dos idosos; restringir o uso de transfusões sanguíneas foi apontado por 3,94% dos entrevistados; e 1,92% respondeu que não é possível evitar.

No entanto, um a ponto a ser considerado em relação aos vínculos conjugais estáveis, idosos que possuem companheiro(a), para os quais há uma percepção de menor vulnerabilidade, pois entendem que não estariam expostos, uma vez que comumente mantêm um único parceiro(a). Nesta condição parece haver uma opção da pessoa idosa pelo não-uso de preservativos, pois possuem uma relação de confiança e compartilham da idéia de que é desnecessário adotar qualquer método de

prevenção de DSTs e HIV/Aids. Quanto a esta situação, Lima<sup>11</sup> expõe que quanto maior a confiança no parceiro, menor a percepção de vulnerabilidade à SIDA. Ressalta que o amor e a paixão produzem uma avaliação particularmente favorável da pessoa amada, induzindo a uma percepção segura em relação ao HIV/Aids. Nesse sentido, vale lembrar que muitas mulheres se recusam a estabelecer o uso do preservativo por questões de crenças religiosas, ou para não entrar em conflito com seu parceiro, instituindo uma quebra na confiança conjugal, uma vez que o homem, ao usar o preservativo numa relação estável, pode estar construindo uma situação de desconfiança, pois isto pode constituir um elemento questionador da fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizado do casamento.

Figura 03 - Distribuição dos idosos participantes de Grupos de Terceira Idade do Município de Ijuí/RS, quanto ao conhecimento sobre HIV/Aids. Ijuí/2006.



Fonte: Moura, Cristiano de. Pesquisa de campo. Ijuí, 2006.

Na figura 03 constam quatro variáveis em relação ao conhecimento de que os idosos possuem sobre HIV/Aids – se o idoso conheceu ou conhece alguém com HIV/Aids: 65,38% responderam que não e 34,62% afirmaram positivamente que conhecem; para 84,63% dos entrevistados, HIV/Aids não tem cura: enquanto que 9,61% responderam que sim, 5,76% não sabem informar. Chama a atenção que 96,16% dos idosos participantes referem que esta é uma doença que mata e 1,92% relataram que não ou não sabem. Pode-se inferir que algumas informações sobre HIV/Aids ainda não estão bem esclarecidas para os idosos, pois mesmo que a maioria tenha respondido que ela não tem cura, um percentual significativo de 9,61% respondeu que sim.

Já para a variável “pessoas com aspecto saudável pode estar com o vírus”, 75% dos participantes consideram que sim, 19,24% não sabem e 5,76% disseram que não. No estudo sobre o conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, em relação ao HIV, realizado em 2004,<sup>18</sup> foi encontrado um percentual de 92% de indivíduos que consideram que uma pessoa saudável pode estar infectada pelo HIV, no Brasil, independentemente da idade.

Atualmente, mesmo com o avanço nas pesquisas, ainda não foi descoberta a cura da Aids, o que evoluiu bastante foi o tratamento, com drogas cada vez mais potentes, que ajudam a manter e controlar o HIV e, com isto, tornar mais lenta a propagação do mesmo no organismo humano, melhorando a qualidade de vida e aumentando a sobrevivência dos soropositivos em muitos anos. Apesar de

não existir cura para a síndrome, “os indicadores de mortalidade por Aids sofreram alterações acentuadas com o advento da terapia anti-retroviral combinada, particularmente nos países em que a disponibilidade desses medicamentos é universal e gratuita, como no Brasil.”<sup>16</sup>

O aumento da expectativa de vida das pessoas infectadas por um lado é excelente, e por outro, muito preocupante. Com maior tempo de vida e, nos casos em que o indivíduo portador se mantém com aparência saudável e assintomático, dependendo do estágio da doença, o risco de permanecer mantendo relações com outros parceiros sem proteção é grande, podendo aumentar a disseminação do vírus, especialmente nas situações em que o indivíduo desconhece que é portador do vírus.

O que pode ser identificado é que alguns idosos parecem confundir o tratamento com a possibilidade de cura – ou seja, consideram que após o tratamento as pessoas ficam curadas. Tal fato deve ser esclarecido sempre que possível, pois com esse pensamento pode haver descuido maior no que se refere à prevenção por parte desses indivíduos.

Muitas pessoas não possuem, inicialmente, sintomas que indiquem a contaminação pelo HIV, considerando que, a princípio, surgem sintomas semelhantes a muitas patologias, como por exemplo, os da influenza, podendo demorar até mais de dez anos para aparecer os sintomas clássicos da doença. As manifestações desta morbidade incluem, entre outros, cefaléia, tosse, diarreia, gânglios inflamados, imunidade reduzida, diminuição

do apetite e de peso, apatia, fadiga e cansaço. Além disso, o organismo fica susceptível a infecções repetidas, ocorrem lesões dérmicas, úlceras em mucosa oral, entre outros.<sup>9</sup> Quanto a conhecer alguma pessoa que apresenta Aids, 34,62% dos idosos entrevistados referiram que sim. O dado pode demonstrar como essa patologia está próxima da população em geral, inclusive das pessoas idosas.

O exercício da atividade sexual está presente entre os idosos, uma vez que a maioria dos participantes (61,56%) informou possuir uma parceira(o) sexual, enquanto 28,84% afirmam não manter contato sexual. Os idosos que mantiveram relações sexuais com duas ou três parceiras(os), 5,76% e 3,84% respectivamente, nos últimos seis meses, mesmo que seja um índice baixo, representam um grupo de risco, pois mesmo sabendo de alguns métodos de prevenção, não fazem uso dos mesmos.

Um grande percentual de idosos (40,38%) não possui parceira(o) fixa(o), indicando a importância de uma boa orientação quanto à prevenção das DSTs e HIV/Aids, pois essa parte da população possui maior probabilidade de se expor, isto é, manter relação sexual com um maior número de pessoas, elevando as chances de contraírem essas morbidades. Nesse sentido, estudos epidemiológicos<sup>6,1</sup> evidenciam que a multiplicidade de parceiros constitui um fator de risco para o contágio de DSTs e HIV/Aids.

Quanto às DSTs que mais foram lembradas, 63,46% dos entrevistados apontaram o HIV/Aids; 38,46% a gonorréia; 28,84% referiram a sífilis; 13,46% o cancro mole; e 11,53%

a verruga genital. Já quando questionados se haviam contraído uma dessas moléstias nos últimos seis meses, 1,92% deles declararam que sim, sendo gonorréia a doença citada.

Na variável realização do teste de HIV pelos idosos e seus parceiras(os), os dados mostram que 17,30% realizaram, 71,15% não fizeram e 11,55% não sabem ou não lembram; já entre a(o) parceira(o), 9,61% realizaram o teste, 46,15% não o fizeram, 7,69% não sabem se a companheira(o) fez e 36,53% não informaram.

A pouca procura pela realização do teste de HIV pode estar vinculada à concepção dos idosos, ao considerarem que não constituem um grupo vulnerável para essa patologia. Da população de todas as faixas etárias, o percentual de testes cresceu significativamente nos últimos anos, passando de 20%, em 1998, para 32,90% em 2005. Isso se deve, em parte, à incorporação do teste na rotina do pré-natal, o sugerindo que mulheres não-gestantes e homens não fazem parte dessa política.

Um índice interessante foi o aumento da percentagem de realização de teste anti-HIV na faixa etária de 56-65 anos, que de 3,40%, em 1998, foi para 21,80% em 2005, entre os homens; e de 1%, em 1998, para 12,20% em 2005, entre as mulheres. Existem atualmente 322 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no país, incentivados pela campanha "Fique sabendo", lançada em 2003 pelo Governo federal e ajudada pelo processo de descentralização do diagnóstico do HIV para a rede básica de saúde, que aumentou em 30% a procura pelo teste anti-HIV.<sup>13</sup>

A percepção do risco em contaminar-se com DSTs e HIV/Aids, segundo os participantes da pesquisa, ficaram assim distribuídos: a maioria dos idosos (73,07%) acha que não possui risco de contrair DSTs e HIV/Aids; 19,23% disseram que têm alguma chance de adquirir doenças sexualmente transmissíveis e 7,70% dos idosos não sabem se estão expostos ao risco de se contaminarem. Dentre os que afirmaram possuir riscos para o contágio, 9,61% apontaram o não uso de preservativo ao manter relação sexual; 7,69% por possuir mais de uma(um) parceira(o) sexual; 3,84% porque a(o) companheira(o) tem outros(as) parceiros(as), o mesmo percentual para transfusão de sangue; e 5,76% dizem que há possibilidade de se contaminar por outros motivos.

A maior parte dos idosos afirmou não possuir risco de contrair alguma DST ou HIV/Aids, sendo que os motivos que levaram esta parcela da população a ter tal pensamento foram os seguintes: usar preservativo (21,15%), possuir apenas uma(um) parceira(o) (38,46%); não estão expostos a contaminação, pois a companheira(o) não tem outros(as) parceiros(as) (9,61%); por nunca ter recebido transfusão sanguínea (3,84%); e 25% responderam possuir outros motivos para pensar que não têm possibilidades em ser contaminados por DSTs ou HIV/Aids.

## CONCLUSÕES

Uma maneira de manter-se no espaço social é freqüentando os grupos de terceira idade, os quais desenvolvem inúmeras atividades, e dentre elas está a realização de bailes.

Nesses ambientes, o relacionamento entre os homens e as mulheres é fortalecido. Muitos novos casais se formam. Alguns mantêm um vínculo duradouro, enquanto que, para outros, os encontros são esporádicos, favorecendo a troca de parceiros.

Caracterizando os sujeitos do estudo verificamos que, quanto ao gênero, houve predomínio de mulheres com 61,54% dos participantes; em relação à idade, a maioria se encontra entre 60-69 anos, com 73,07% dos idosos; no que diz respeito à ocupação, identificamos que 86,54% se encontram aposentados; a maior parte dos idosos 59,61% possui o ensino fundamental incompleto; a situação conjugal apresentou dados similares, com 40,38% casados e 36,56% viúvos; os dados relativos a renda, 57,69% dos idosos possuem entre 01-03 salários mínimos; religião, sendo a maioria católicos com 88,46%; da raça branca, 82,68% e 7,70%, negra. Quanto à moradia, 75% deles têm casa própria, 42,31% moram com companheira(o), 32,69% convivem com filho e família e 11,54% moram sozinhos.

Quanto ao conhecimento sobre HIV/Aids, os participantes de nosso trabalho demonstraram possuir bom nível informações, mas alguns itens nos chamam a atenção, como o fato de uma pessoa de aparência saudável poder estar infectada pela patologia, 5,76% disseram que não e 19,24% responderam que não sabem. Isso representa um fator de risco, pois pode levar os idosos ao não-uso de preservativos nas relações sexuais com pessoas desconhecidas, mas que possuem boa aparência.

A maioria dos idosos já ouviu falar de DSTs e HIV/AIDs, mas 73,07% informaram não possuir riscos em contrair alguma dessas morbidades, sendo que somente 21,15% usam preservativos. Esse percentual nos leva a crer que as campanhas de prevenção não estão chegando até este estrato da população. Pois sabemos que muitos idosos atuais têm vida sexual ativa, alguns com mais de uma parceira, e 38,46% deles nunca usam preservativos em suas relações, mesmo sabendo que é um método de prevenção, citado por 73,07% dos pesquisados. Vale salientar que neste estudo não se verificaram os motivos pelos quais os idosos, que admitem possuir risco de contrair o HIV/Aids (19,23%) e não fazem uso de preservativos.

Contudo, percebe-se que os idosos não se consideram vulneráveis as DSTs e HIV/Aids. Por isso, consideramos que as campanhas de prevenção e as ações da equipe de enfermagem também devam dar atenção especial a esse fato e intensificar e adequar às informações, numa linguagem específica, para que essas pessoas possam compreender, assimilar e aderir aos meios de prevenção dessas morbidades.

Também constatamos que a maioria das pessoas com idade acima de 60 anos nunca realizou teste de HIV, mesmo que alguns tenham relações íntimas com mais de uma parceira e mantenham relação sexual com pessoas desconhecidas. Caso estejam infectados com alguma doença sexualmente transmissível pode ocorrer a disseminação a outras pessoas.

Os resultados deste estudo nos permitem afirmar que os idosos que freqüentam gru-

pos de terceira idade no município de Ijuí/RS possuem conhecimento acerca das DSTs e HIV/Aids, mas não fazem, na sua maioria, uso de métodos preventivos. E também não se consideram vulneráveis ao contágio para algumas dessas morbidades.

## NOTAS

- <sup>a</sup> Enfermeira, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijui. Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Mental e Gerontologia. Doutoranda no Programa de Doutorado do Instituto de Geriatria Gerontologia da PUCRS.
- <sup>b</sup> Enfermeiro, formado na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijui. E-mail: cmouraenf@yahoo.com.br
- <sup>c</sup> Fisioterapeuta, docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijui. Doutoranda no Programa de Doutorado do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. E-mail: evelise@unijui.edu.br

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDST. [acesso 2005 out 24]. Disponível em: URL: <http://www.aids.gov.br/final/dados/boletim2.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96. Brasília-DF, 1996.
3. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.58-71.
4. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp; 1999.

5. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo de uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP* 1997 ago; 31(2): 316-38.
6. Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. IBGE, Censo 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso 2006 jun. 20]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
8. IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2005. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso 2006 jun. 20]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
9. Instituto Nacional Sobre El Envejecimiento. Información de Salud para las Personas de la Tercera Edad. [acesso 2006 jun. 21]. Disponível em: URL: [http://www.niapublications.org/agepages/PDFs/El\\_VIH\\_el\\_SIDA\\_y\\_las\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.niapublications.org/agepages/PDFs/El_VIH_el_SIDA_y_las_personas_mayores.pdf)
10. Leite MT, Cappellari VT, Sonogo J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em Grupos de Convivência do Município de Ijuí/RS. [acesso 2006 abr. 25]. Revista eletrônica de enfermagem [electronic resource] : oirgaPo da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás 2003; 4(1): 18-25. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br>
11. Lima ML. Terremotos, amor e outras coisas perigosas: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos. In: Lima ML, Castro P, Garrido M. *Temas e debate em psicologia social*. Lisboa: Livros Horizonte, 2003. p. 225-245.
12. Orjuela GMA. Os idosos e a mídia: usos, representações e efeitos. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.981-9.
13. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito a prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006 abril; 40(supl. 0). [acesso 2006 jun. 27]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br>
14. Perry AG, Potter PA. *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. 3. ed. São Paulo: Santos; 2005. p. 325-75.
15. Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.106-10.
16. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/Aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2005; 18(2):188-95.
17. Soares AM et al. Aids no idoso. In: Freitas EV, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.578-86.
18. Szwarcwald CL et al. Pesquisa de conhecimento, atitudes e praticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. *Boletim Epidemiológico AIDST*, 2004. [acesso 2006 jun. 24]. Disponível em: URL: <http://www.aids.gov.br/final/dados/boletim2.pdf>
19. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 3 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ; 1994. 224p.
20. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60p.
21. Zimmerman DE, et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed; 1997. 424p.

Recebido em: 18/12/2006

Revisado: 18/7/2007

Aceito: 20/8/2006

## Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes

*Promoting Health and preventing dependency: identifying frailty signs among independent elderly*

Renato Peixoto Veras<sup>1</sup>  
Célia Pereira Caldas<sup>b</sup>  
Flávia Dantas Coelho<sup>c</sup>  
Maria Angélica Sanchez<sup>d</sup>

### Resumo

**Objetivos:** identificar indicadores de fragilidade capazes de gerar situação de dependência e de internação hospitalar em amostra de idosos de um Centro de Convivência. **Métodos:** avaliação da probabilidade de internação hospitalar através de um instrumento composto por oito variáveis e avaliação funcional, com utilização de instrumento composto de 11 testes rápidos para aferição do nível de capacidade funcional e entrevista estruturada para colher informações acerca das morbidades auto-referidas. Os dados estatísticos foram tratados de forma descritiva e analisados à luz de fundamentação teórica nos campos da Gerontologia e Saúde Coletiva. **Resultados:** Entre outubro de 2005 a setembro de 2006, foram entrevistados 430 idosos, dos quais foi retirada uma subamostra composta de 285 pessoas submetidas à avaliação funcional. Dentre os avaliados, 25% apresentaram queixa de memória, 32,2% apresentavam história prévia de depressão, 55,7% com diagnóstico de hipertensão e 30,5% relataram episódios de quedas no último ano. **Conclusão:** Ao final da avaliação breve, 10% dos idosos necessitavam de avaliação geriátrica com urgência, 45% apresentavam indicadores de fragilidade importantes, com necessidade de avaliação mais acurada e 28% se beneficiariam de uma avaliação para detecção precoce dos déficits funcionais e adoção de medidas de reabilitação, com o objetivo de prevenir a incapacidade funcional.

### Palavras-chave:

Indicadores Básicos de Saúde; serviços de saúde para idosos; idoso débil; hospitalização; Saúde Pública

Correspondência / Correspondence

Célia Pereira Caldas

UnATI/UERJ

R. São Francisco Xavier, 524, 10º and, bloco F

20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: celpcaldas@hotmail.com

## ABSTRACT

*Objective:* to identify frailty indicators for dependency and hospitalization in a sample of independent seniors of an elderly Center. *Methods:* evaluation of the probability of hospitalization through an instrument composed by eight variables and functional evaluation with the use of an instrument composed of 11 tests and an interview structured to get information concerning self-referred morbidity. The statistical data were treated in a descriptive way and analyzed to the light of theoretical basis in the fields of the Gerontology and Public Health. *Results:* From October 2005 to September 2006, 430 elderly were interviewed. A subsample of 285 subjects was submitted to the functional evaluation. Among them, 25% presented memory losses, 32.2% presented previous history of depression, 55.7% have hypertension diagnosis and 30.5% related falls in the last year. *Conclusion:* 10% of the seniors needed urgent geriatric intervention, 45% presented important frailty indicators needing a comprehensive assessment and 28% would benefit of rehabilitation measures in order to prevent functional incapacity.

**Key words:** Health Status Indicators; health services for the aged; frail elderly; hospitalization; Public Health

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, um fenômeno observado em vários países, vem sendo alvo de preocupações nas várias esferas e implica mudanças nos diversos setores de atenção, seja público ou privado.

Este segmento etário não é homogêneo. Mais de 80% das pessoas idosas estão bem de saúde, mantendo sua independência e autonomia, podendo exercer todas as atividades próprias para uma pessoa de sua idade. Por outro lado, os 20% que formam o grupo dos menos saudáveis utiliza os serviços de saúde de forma muito mais intensa e suas doenças, na maioria das vezes, são crônicas, de longa duração, e requerem equipes de saúde qualificadas, exames sofisticados e de alto custo<sup>25</sup>.

Observa-se um esforço, sobretudo do setor privado, para equacionar uma situação que vem se tornando um problema que afeta diretamente os custos das operadoras de saúde suplementar. No entanto, ainda é precária a infra-estrutura para atender de modo eficiente às necessidades desse segmento populacional. Os problemas dos idosos são muitos e diversificados, afetando significativamente a qualidade de vida, produzindo estresse familiar e gerando enorme ônus financeiro<sup>24</sup>.

Diante deste cenário, o setor saúde ainda busca meios eficazes que possam equacionar adequadamente os problemas que acompanham o processo de envelhecimento. Uma das formas de alcançar sucesso nessa empreitada está relacionada à construção de novos modelos de atenção. Modelos estes que fujam da

prática hospitalocêntrica e partam para a identificação precoce de problemas que podem ser tratados no âmbito ambulatorial.

A adoção desta nova prática requer uma visão ampla dos problemas que possivelmente poderão aparecer, caso não haja uma mudança intensa no modo de pensar a atenção à saúde do idoso. Os idosos que mais necessitam de atenção são aqueles que apresentam maior grau de fragilidade, ou seja, maior potencial de adoecer gravemente, de recorrer a sucessivas internações, de sofrer quedas e outros eventos mórbidos graves – enfim, aqueles com uma maior pluralidade de problemas nos campos médico, psíquico e socioeconômico.

A fragilidade reflete alterações fisiológicas da idade que não são específicas de doenças. Geralmente se apresenta na forma de sinais e sintomas como fraqueza, fadiga, perda do apetite, desnutrição, desidratação e perda de peso, além das síndromes geriátricas, tais como as anormalidades do equilíbrio e de marcha, o condicionamento físico precário, a confusão mental, a incontinência fecal e urinária, a depressão e a alta dependência <sup>6</sup>.

Um dos processos mais adequados, para responder a este problema está relacionado à prática de rastreamento e identificação de idosos com indicadores de fragilidade, qual seja, um modelo centrado na avaliação da capacidade funcional <sup>24</sup>.

Algumas situações, como a falta de profissionais habilitados, impedem um manejo adequado com essa população, sobretudo nos

consultórios médicos, onde a atenção ao idoso se dá de forma fragmentada. Isto ocorre, sobretudo, pela dificuldade de se identificar corretamente os idosos com risco de adoecer gravemente, os idosos com risco de hospitalização e idosos susceptíveis de perder a capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Este estudo se propõe a apresentar os dados de uma avaliação dos idosos de um Centro de Convivência e teve como objetivo identificar, entre os saudáveis, uma parcela acometida por problemas silenciosos, que são identificados somente com um instrumental e um olhar específico do campo da Geriatria. Tais idosos, possivelmente, serão aqueles que mais consumirão, e de forma inadequada, os recursos a eles oferecidos.

Os problemas silenciosos e visíveis apenas após uma avaliação funcional são aqueles que mais induzem os indivíduos a buscarem várias especialidades, porém, infelizmente, de forma fragmentada, o que certamente produzirá efeitos iatrogênicos e que, possivelmente, terão como desfecho as sucessivas internações hospitalares.

## MÉTODOS

Entre os meses de outubro de 2005 a setembro de 2006, 430 idosos ingressaram nas atividades de um Centro de Convivência da Zona Norte do Rio de Janeiro e foram submetidos à avaliação do risco de internação hospitalar, avaliação da capacidade funcional e um inquérito sobre morbidade auto-referida. Uma subamostra foi selecionada para apresentação

dos dados referentes à avaliação funcional e morbidade auto-referida.

O estudo compreendeu três etapas: 1. avaliação do risco de admissão hospitalar; 2. avaliação do desempenho funcional; e 3. avaliação focada nos principais problemas para a análise dos indicadores de fragilidade.

As etapas 1 e 2 foram executadas por uma assistente social e uma enfermeira que, após treinamento, aplicaram instrumentos específicos da prática geriátrica para rastrear déficits funcionais e identificar riscos de internações hospitalares.

A etapa 3 foi executada por uma geriatra, que analisava a avaliação inicial e imediatamente realizava uma avaliação focada nos principais problemas detectados, com o objetivo de estabelecer condutas adequadas aos idosos com indicadores de fragilidade.

Na etapa 1, para avaliar a probabilidade de admissão hospitalar, foi aplicado um instrumento composto de oito variáveis analisadas em um pacote estatístico, com o objetivo de identificar aqueles idosos com maior risco de recorrer à hospitalização em decorrência de quadros agudos<sup>4</sup>.

Este conjunto de variáveis, denominado Triagem Rápida, passou por uma tradução direta a partir de seu original na língua inglesa e seu uso oferece algumas vantagens, como: ser de fácil e rápida aplicação, com duração média de dois minutos, e de fácil compreensão tanto para o entrevistador como para o idoso<sup>12</sup>.

Na etapa 2, para a avaliação do desempenho funcional, foi utilizado um instrumento que contempla onze áreas funcionais. São elas: visão, audição, função de braços e pernas, continência urinária, nutrição, estado mental, distúrbio do humor, atividades de vida diária, ambiente no domicílio e possibilidade de suporte social<sup>11</sup>. Ainda nesta etapa eram colhidas informações acerca das principais patologias apresentadas pelo idoso. Estes eram argüidos sobre a presença ou não das seguintes condições: tonteira, perda visual, AVC, tremor, hipercolesterolemia, diabetes *mellitus*, problema urinário, hipertensão arterial, catarata, perda auditiva, perda ponderal, glaucoma, esquecimento e distúrbios osteoarticulares.

Terminadas essas avaliações, o idoso passava a etapa 3, para uma consulta com a geriatra que, de posse desse conjunto de informações, apresentava a impressão diagnóstica, estabelecia condutas pontuais e o encaminhava, quando necessário, para uma avaliação geriátrica ampla em consultório especializado.

A pesquisa foi conduzida dentro dos preceitos éticos da Resolução de Helsinki e das normas da Resolução nº 196/1996, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## RESULTADOS

Inicialmente será apresentado o *Perfil socio-demográfico dos idosos avaliados*. A seguir, os resultados serão apresentados de acordo com cada etapa do estudo: *etapa 1*. avaliação do risco de

admissão hospitalar; *etapa 2.* avaliação do desempenho funcional; e *etapa 3.* avaliação focada nos principais problemas para a análise dos indicadores de fragilidade.

### Perfil sociodemográfico dos idosos avaliados

As variáveis utilizadas neste perfil foram: idade, gênero, estado civil, escolaridade, bairro onde reside. As idades variaram de 53 a 90 anos, sendo 70 anos a média de idade do grupo. Quanto ao gênero, 86% eram do sexo feminino, proporção consonante com os demais espaços de convivência. Em geral, as mulheres são as que mais buscam essas atividades.

No que se refere ao estado civil, 64% encontravam-se nas categorias de viúvo, solteiro ou separado, o que chama a atenção para a necessidade de espaços de convivência capazes de evitar problemas como a solidão e o isolamento.

Quanto à escolaridade, a maioria (40%) encontrava-se no grupo daqueles que frequentaram a escola por mais de 12 anos. No que se refere à população idosa do Brasil, isto representa um bom padrão de escolaridade, pois, segundo dados do IBGE, a maioria dos idosos do país possui baixo grau de instrução (menos de 4 anos de estudo).

No que se refere à área de residência, residem na Zona Norte nos bairros do Andaraí, Maracanã, Méier, Vila Isabel, Rio Cumprido e Tijuca – sendo este o bairro de maior concentração, com 40% dos idosos.

### Etapa 1. Avaliação da probabilidade de admissão hospitalar

A maioria não apresentou risco de admissão hospitalar. Dentre os idosos avaliados, 12% apresentaram risco que variou entre baixo, médio e alto. Intervir neste grupo implica diminuir o número de internações e, conseqüentemente, custos decorrentes da taxa de ocupação de leitos e taxa de permanência, que nos idosos é sempre maior que nos demais estratos etários.

### Etapa 2. Avaliação do desempenho funcional

Para apresentar os dados referentes ao desempenho funcional, selecionamos as variáveis que mais se destacaram e podem ser visualizadas no gráfico 1: acuidade visual, acuidade auditiva, continência urinária, atividades da vida diária, nutrição, estado mental, distúrbios do humor, ambiente domiciliar e suporte social.

#### Acuidade visual

No que tange à perda visual, 13,6% apresentaram déficit no teste. Este problema foi freqüente entre os idosos, seja pelas alterações funcionais induzidas pelo envelhecimento, seja pela maior prevalência de doenças comprometendo a visão.

Nos EUA, para cada grupo de 1000 pessoas entre zero e 54 anos, 6,01 apresentam algum grau de perda visual. Entre 55 e 84

anos, esse número sobe para 104 pessoas em cada 1.000, e é de 216 pessoas em cada 1.000 indivíduos acima de 85 anos. A perda visual é a terceira causa de dependência para a realização de atividades de vida diária entre idosos nos EUA<sup>26</sup>.

Grande parte dessa perda visual não chega a ser diagnosticada e, portanto, não recebe tratamento, somando-se e agravando outras incapacidades funcionais. Dentre as alterações visuais devidas ao envelhecimento e as secundárias a outras patologias, as maiores causas de perda visual entre idosos são: degeneração senil da mácula, retinopatia diabética, glaucoma e catarata.

Perracini<sup>22</sup> acrescenta que as complicações provocadas pela perda visual são numerosas e podem ter graves conseqüências médicas, além do forte impacto sobre a qualidade de vida do idoso. Incluem maior tendência a quedas, com todo o seu cortejo mórbido; intoxicações alimentares e mesmo envenenamentos pela dificuldade para ler rótulos e os prazos de validade de medicamentos. Ademais, pode favorecer a ocorrência de acidentes no domicílio, ao se tropeçar em tapetes e objetos baixos e não perceber desníveis e degraus. Também são muito comuns os acidentes na rua que ocasionam quedas e atropelamentos.

A menor velocidade para a leitura e diminuição da abrangência do campo visual, traduzidos como dificuldade para ler, levam à perda de interesse por uma atividade prazerosa e importante instrumento de integração social e atualização. Todos

esses fatores favorecem a depressão, o isolamento social, agravam co-morbidades e disfunções já presentes. Um cuidadoso exame oftalmológico deve ser estimulado e repetido anualmente, para identificar e corrigir, sempre que possível, esse agravado.

### Acuidade auditiva

A presbiacusia é a terceira causa de incapacidade funcional em idosos, com maior prevalência entre os homens. É um processo relacionado ao envelhecimento quando não tiver sido causado por acidente de trabalho ou doença.<sup>15</sup> De grande importância dentre as afecções que acometem os idosos, gera sentimentos de menor valia e inadequação, levando ao isolamento social, à depressão, e assim como a deficiência visual, também é responsável pelo grande número de acidentes domésticos e na rua.

O mesmo autor sustenta que não há tratamento clínico ou cirúrgico para recuperação da audição. O uso de órteses e técnicas de reabilitação soluciona parcialmente o problema, pois nem todos os deficientes auditivos vão se beneficiar dos mesmos. Mesmo dentre aqueles que poderiam se beneficiar do uso das órteses, muitos não o fazem, seja pelo alto custo, pelo preconceito, pela dificuldade de lidar com os controles e pelo pequeno benefício em locais ruidosos. Com todas as dificuldades, o uso correto e bem orientado das órteses pode recuperar uma boa qualidade de vida para idosos totalmente isolados e deprimidos.

### Continência urinária

A incontinência urinária é uma das grandes síndromes geriátricas, frequentemente negligenciada, subdiagnosticada e com alto grau de morbidade direta e indireta. Por ser uma situação que causa constrangimento, não costuma ser mencionada às equipes de saúde, tendo que ser ativamente buscada. O desconforto gerado determina isolamento social e perda da auto-estima.<sup>13,14,19</sup>

Os mesmo autores acrescentam que a incontinência urinária não tratada predispõe a infecções genito-urinárias que podem levar a uro-sepse, maceração da pele facilitando a candidíase e formação de escaras; interrompe o sono e predispõe a quedas, sendo um dos principais fatores que levam à institucionalização do idoso.

Existe tratamento eficaz, tanto clínico como cirúrgico, fato desconhecido por muitos idosos que sofrem as conseqüências danosas desse agravo quando poderiam ter uma vida mais saudável e de melhor qualidade pela intervenção correta.

### Atividades de vida diária

A independência e dependência não são condições individuais. São situações que estão relacionadas à existência de outra pessoa ou a alguma coisa. São condições que variam em seus aspectos gerais, tais como afetividade, finanças, estado físico e cognitivo. Por exemplo, uma pessoa pode estar temporariamente

dependente de outra por alguma limitação física, ao passo que outra pode ser completamente dependente por inabilidade cognitiva.

O importante, porém, é não associar as sucessivas perdas, que comumente acometem os idosos, à perda de autonomia, visto que se trata de um conceito inerente à capacidade de tomar decisões.

A dependência é um dos maiores problemas do envelhecimento. Muitas vezes se configura em perda de espaço, de valores, de autodeterminação, etc. Geralmente, decorre da condição de fragilidade, ou seja, idosos mais vulneráveis às situações adversas e que afetarão o desempenho nas atividades de vida diária.

No grupo estudado, o percentual de idosos com comprometimentos nas atividades de vida diária era muito pequeno, porém necessariamente deveria ser avaliado de maneira abrangente, evitando assim a instalação de problemas maiores.

### Nutrição

Entendida como um desvio do equilíbrio nutricional em um indivíduo, a desnutrição pode se caracterizar tanto pela falta como pelo excesso de um ou mais nutrientes no organismo.<sup>23</sup>

A nutrição é um importante determinante de saúde, adequada capacidade funcional física e cognitiva, vitalidade, qualidade de vida e longevidade. A quantidade

e a variedade dos alimentos e a integração social promovida durante as refeições são importantes para o bem-estar psicológico das pessoas. Quando há restrições a uma dieta equilibrada, sobrevém a desnutrição, com os efeitos deletérios sobre a saúde e o bem-estar que acarreta.

A carência global ou de um dos nutrientes necessários a homeostasia provoca fragilidade, incapacidade funcional, agravação de comorbidades existentes, queda da vitalidade e susceptibilidade a novas doenças, aumento da morbidade e da mortalidade.

A desnutrição por excesso inclui a hipervitaminose e a obesidade. Obesidade é a forma mais comum de desnutrição entre idosos independentes, e pode mascarar uma carência protéica que é relativamente frequente, grave e induz a um pior prognóstico nos casos de acidentes, doenças agudas, cirurgias e fraturas.

As formas mais frequentes de desnutrição no idoso são a obesidade, a osteoporose e a hipoproteica. Agravam as doenças cardíacas, o câncer, o AVC, o diabetes, e a osteoporose, doenças entre as dez principais causas de morte nos idosos. Contribuem para a desnutrição: a desinformação, a pobreza, a dificuldade para mudar hábitos alimentares errôneos, a presença de doenças crônicas, incapacidades funcionais, isolamento social, polifarmácia, depressão, distúrbios cognitivos e desregulação do mecanismo de controle do apetite. A abordagem da desnutrição se faz, entre outras coisas, com campanhas educativas e de esclarecimento, visitas regulares ao geriatra, para iden-

tificação de desnutrição e suas causas, e orientação nutricional para seu tratamento.

### Estado mental

Os testes de rastreio de declínio cognitivo têm o objetivo de detectar pessoas que possivelmente estão começando a apresentar perdas. Uma das razões importantes para a utilização destes em idosos é identificar em estágio inicial algum tipo de demência.<sup>7</sup>

A demência é hoje um dos grandes problemas de saúde pública e seu diagnóstico depende, além de uma avaliação clínica, do uso de testes que demonstrem o declínio da memória, da percepção, linguagem, atividades motoras, abstração e planejamento.<sup>1</sup>

Apesar de a doença poder acometer pessoas mais jovens, geralmente é após os 60 anos que este problema começa a se manifestar. A demência é uma doença, que apesar de todas as alterações que surgem, tem duração média de oito a dez anos após o aparecimento dos sintomas, podendo, em alguns casos, apresentar uma expectativa de até vinte anos.

Muitas vezes o diagnóstico da doença não acontece por falta de conhecimento deste processo por parte dos clínicos e, quando diagnosticada corretamente, pode evitar uma série de outros problemas, como a condução inadequada do quadro, o uso de medicação ineficaz, o atraso na adoção de medidas de suporte ao idoso e à família, que oneram sobremaneira o setor saúde.

### Distúrbios do humor

Um outro problema de igual importância na avaliação do idoso é a depressão, muitas vezes, não diagnosticada. Os distúrbios depressivos são as formas mais frequentes de alteração do humor em pessoas idosas. O reconhecimento desta patologia nos idosos é em geral difícil. Razão disto é o fato de que os sintomas são, erroneamente, confundidos com comportamentos esperados em pessoas idosas. Por outro lado, as deteriorações cognitivas podem dificultar o estabelecimento de um diagnóstico preciso.

No teste de rastreio aplicado na amostra, 32% apresentavam estado sugestivo da doença, o que requer melhor avaliação para fechar um diagnóstico e estabelecer o tratamento.

### Ambiente no domicílio

Os problemas no domicílio, tais como escadas sem corrimão, iluminação inadequada e tapetes soltos, são em grande parte responsáveis pelos acidentes domésticos, podendo assim ocasionar quedas e problemas maiores, como as fraturas.<sup>21</sup>

Investigar estas condições é fundamental para a prevenção de problemas maiores que podem influenciar negativamente no desempenho das atividades de vida diária. Desta forma, a equipe fornecia orientações sobre proceder nestes casos. Nos idosos aqui avaliados, 34% relataram alguma alteração no domicílio.

### Suporte social

A ausência de suporte social hoje, em nosso país, parece constituir um grande problema, visto que não temos referências acerca dos recursos existentes para a população idosa. No estudo realizado, apesar de a maioria dos idosos contar com uma rede composta por familiares, 11,5% da amostra não contavam com este recurso. Isto vai incidir no uso indiscriminado de recursos e numa busca de atenção fragmentada e sem o devido acompanhamento.

### Etapa 3. Avaliação focada nos principais problemas para a análise dos indicadores de fragilidade

Nesta etapa do estudo, a partir da morbidade auto-referida pelos 285 idosos, são elencados os principais problemas apresentados pelos sujeitos, a saber: hipercolesterolemia, tonteira, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, catarata, depressão, esquecimento, distúrbios osteoarticulares e quedas. A distribuição percentual desses problemas está representada no gráfico 2, e os problemas são discutidos a seguir. Nesta etapa também é apresentada *Avaliação Geriátrica Global*.

### Hipercolesterolemia

A hipercolesterolemia aparece em 45% dos idosos avaliados na amostra. Sua ligação com doenças cardiovasculares e síndrome metabólica enfatiza a importância

do tratamento desta condição e a necessidade de acompanhamento regular para seu controle adequado.

### Tonteira

Tonteira é uma queixa muito freqüente entre idosos e pode estar relacionada a diversos fatores, dentre os quais efeitos colaterais de medicamentos e alterações no equilíbrio, devido a uma variedade de problemas como alterações vestibulares, deficiência de vitamina B12, alterações degenerativas da coluna cervical, déficits visuais e disfunções do sistema nervoso central. Sua prevalência varia de 4 a 30% dos indivíduos acima de 65 anos, sendo mais freqüente entre as mulheres. Está relacionada a diversos agravos entre os idosos, além de piorar a qualidade de vida, pelas limitações devidas ao medo de quedas, agravamento de estados depressivos e piora da auto-avaliação da saúde e diminuição da participação em eventos sociais.<sup>16</sup> No grupo estudado, a prevalência foi de 22,4%, valor que se encontra dentro da projeção estimada na literatura.

### Diabetes Mellitus

A diabetes *mellitus*, embora em menor número de casos, faz com que a alta morbidade que determina, se não for adequadamente tratada e acompanhada, a coloque como um dos principais agravos entre idosos avaliados. Nos EUA a prevalência de DM em indivíduos acima de 60 anos incluídos em estudo da ADA

de 1997 foi de 25%; destes, aproximadamente 50% foram diagnosticados no momento do estudo. No grupo estudado, a prevalência foi de 14,7%.

Por não ter a apresentação clássica dos indivíduos mais jovens, pode passar longo período sem ser diagnosticada, o que favorece o surgimento de suas complicações, como retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas, responsáveis por condições clínicas altamente desfavoráveis, perda da capacidade funcional, tratamentos onerosos e reinternações freqüentes e demoradas, por causa de suas complicações. Também está associada a maiores incidência e gravidade das infecções de repetição, hipertensão arterial e doença arterial coronariana.<sup>9,18</sup>

### Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica está fortemente ligada à ocorrência de graves eventos cardiovasculares, como acidente vascular encefálico (maior causa de dependência e óbito na faixa etária acima dos 60 anos), doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica – todas doenças de alta morbidade, tratamento e acompanhamentos longos e altamente dispendiosos e que causam freqüentes reinternações.

Seu tratamento inclui, além de terapêutica medicamentosa, prática regular de atividade física, dieta para redução e/ou manutenção do peso adequado e acompanhamento freqüente dos níveis pressóricos.<sup>3,5</sup>

Na amostra avaliada, 56% dos idosos apresentaram quadro de hipertensão, muitos dos quais com uso incorreto de medicação ou com dose com necessidade de ajustes.

### Catarata

Uma das principais causas de diminuição da acuidade visual no idosos é a catarata, opacidade do cristalino que ocorre progressiva e lentamente com o avançar da idade, embora possa ter outras etiologias. No grupo estudado, a prevalência foi de 29,1%.

Como é um agravo lentamente progressivo, pode passar despercebido para o idoso, devido aos mecanismos de compensação de que ele, inconscientemente, lança mão. A opacidade do cristalino diminui a passagem de luz, levando à diminuição da acuidade visual, dificuldade de adaptação a ambientes de alta luminosidade, alteração da percepção das cores, perda da sensibilidade para o contraste e diminuição da percepção de distância e profundidade. Todas essas alterações são facilmente corrigidas através de cirurgia com implante de lentes artificiais, um custo bastante pequeno, se comparado aos custos das seqüências de uma catarata não tratada.<sup>26</sup>

### Depressão

A depressão é um problema geralmente subdiagnosticado. O profissional deve estar atento ao comportamento apresentado pelo

idoso, bem como aos demais aspectos biológicos e sociais que possam estar interferindo nas condições de sua saúde.

Dentre as morbidades auto-referidas, 12% da amostra chegaram com a história pregressa de depressão. Alguns em tratamento isolado, outros sem medicações; No entanto, nenhum estava sendo acompanhado por um geriatra.

### Queixa de esquecimento

As queixas de esquecimento são em geral, muito comuns nas pessoas idosas. Entretanto, tal situação acaba por passar despercebida na família e, em alguns casos pelo próprio profissional da área da saúde. No estudo realizado, 44,2% relataram o problema.

A queixa de esquecimento é tópico importante no campo da Geriatria, devendo ser investigada e avaliada tanto na clínica, quanto com o uso de instrumentos adequados. Uma queixa de esquecimento pode ser um sinalizador da instalação de declínio cognitivo ou de quadros mais importantes, como as demências.<sup>2</sup>

### Queixas osteoarticulares

Os problemas osteoarticulares são responsáveis pela perda de qualidade de vida, devido à dor crônica e de difícil resolução pelos métodos terapêuticos atualmente disponíveis. Mais de 80% dos indivíduos acima de 55 anos têm evidências radiográficas de osteoartrite, a

mais freqüente das causas de queixas osteoarticulares. As osteoartrites de quadril e joelho são mais freqüentes em mulheres e são as mais limitantes das doenças crônicas. Dentre os fatores *modificáveis* associados estão excesso de peso, trauma, fatores mecânicos, fraqueza muscular, quantidade de massa óssea, baixos níveis de estrogênio e deficiências nutricionais.<sup>8</sup>

Tal problema também favorece o isolamento social, pela dificuldade de deambulação; perda da capacidade funcional levando à dependência; depressão pela dor crônica e limitação funcional com restrição da mobilidade; predisposição a quedas com todo o seu cortejo mórbido. No grupo avaliado, a queixa osteoarticular afetou 62% da amostra, o que requer uma avaliação adequada, como, por exemplo, testes de equilíbrio de marcha.

### Quedas

As quedas representam a principal causa de incapacidade entre os idosos.<sup>10</sup> Entretanto, grande parte dos profissionais de saúde não se encontra preparada para enfrentar tal realidade, seja quanto à prevenção seja quanto à necessidade de assistência imediata e adequada após a ocorrência da queda.

A queda não deve ser vista como um evento independente ou isolado, e sim como um sintoma a ser investigado. Queda significa a perda do equilíbrio postural, decorrente de fatores individuais isolados (aspectos próprios do envelhecimento, associados ou não com aspectos patológicos) e/ou fatores de inca-

pacidade de superar a instabilidade causada por fatores ambientais.<sup>20</sup>

Os mesmos autores sustentam que as quedas em indivíduos com 60 anos e mais de idade são tão freqüentes que têm sido aceitas como uma conseqüência inevitável, um efeito colateral “natural” do envelhecimento. Tal observação repousa no fato de ocorrer cerca de uma queda por ano em 30% dos idosos que vivem em casa, e 50% daqueles institucionalizados. Em torno de 47% das quedas ocorridas em idosos, surge algum tipo de lesão e, destas, de 36 a 51% são caracterizadas como lesões graves. A taxa de mortalidade desses agravos é significativa, pois no grupo de indivíduos com 65 anos ocorrem cerca de 50 óbitos por 100.000 habitantes / ano. Aos 75 anos, esse coeficiente sobe para 150 óbitos por 100.000 habitantes / ano e, aos 85 anos, eleva-se para 525 óbitos por 100.000 habitantes / ano.

Em 53% dos casos nos quais não há evidências de ferimentos, não se pode pensar em evento benigno, pois acarretam com freqüência eventos danosos ao idoso, relacionando-se, em especial, ao receio de uma nova queda, com perda de confiança para caminhar, gerando diminuição da mobilidade, por vezes forçada pelos familiares, profissionais de saúde, ou até mesmo auto-imposta. Limitam, dessa forma, suas AVD e AIVD, com sérios riscos à sua saúde física e mental.<sup>10</sup>

As fraturas são as lesões mais temidas, sendo que as de colo de fêmur representam a principal causa de hospitalização aguda por queda. A taxa de mortalidade em ano após a

queda chega a 50% e metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente.

No grupo avaliado, 30% relataram história de quedas no último ano, dentre os quais aproximadamente 7% com mais de três quedas em um ano.

### Avaliação geriátrica global

A Geriatria, segundo o Royal College of Physicians of London (1996) é o “ramo da medicina que cuida dos fatores clínicos, sociais, preventivos e de reabilitação, importantes na manutenção da saúde e da independência da população idosa, bem como do tratamento de suas doenças e incapacidades”.

A avaliação global pode ser entendida como uma busca ativa de problemas. Para tanto, vai requerer uma avaliação funcional na qual poderão ser observadas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, a mobilidade, o estado nutricional, uma avaliação psíquica que aborde as alterações de humor e uma avaliação do estado cognitivo.

Neste estudo, a Avaliação Geriátrica Global é a fase final da etapa 03. Essa atividade foi executada por uma geriatra, a partir da avaliação inicial (etapas 1 e 2) e focando os principais problemas detectados (etapa 3). Uma avaliação global neste grupo teria os seguintes objetivos: melhorar a acurácia do diagnóstico, otimizar o tratamento médico, melhorar o resultado das intervenções, melhorar a função e a qualidade de vida e redu-

zir o uso desnecessário de serviços, a fim de estabelecer condutas adequadas aos idosos com indicadores de fragilidade.

Dentre os idosos da amostra, apesar de apenas 10% apresentarem urgência na avaliação geriátrica, foi observado que em 83% a avaliação global poderia influenciar positivamente na conduta, através da indicação de possíveis redirecionamentos nos tratamentos. Uma vez que este estudo teve apenas um objetivo exploratório e por não ser este centro de convivência um espaço de intervenção, foi encaminhado ao médico responsável por cada idoso, um relatório desta Avaliação Geriátrica Global.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação realizada com os idosos faz parte de um novo paradigma na atenção ao idoso. Com este olhar, busca-se investigar de maneira integral o ser que envelhece acometido por múltiplas patologias.

A avaliação geriátrica, realizada de forma adequada, permite que se dê conta de um conjunto de fatores que se associam e levam à incapacidade funcional. Assim, avaliar o idoso com o foco nas questões que poderão se tornar um problema se constitui em chave para a otimização de recursos de toda natureza.

A reabilitação de funções e a atenção focada nos problemas que são buscados ativamente é fator preponderante para minimizar as condições desfavoráveis e o alto custo para a atenção a este estrato etário.

## NOTAS

- <sup>a</sup> Médico, 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. E-mail: veras@uerj.br
- <sup>b</sup> Enfermeira, doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Ney da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pós-doutorado em Gerontologia pela Universidade de Jönköping, Suécia. Professora adjunta na Faculdade de Enfermagem da UERJ e vice-diretora na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ). E-mail: celcaldas@hotmail.com
- <sup>c</sup> Médica, Hospital da Lagoa, Ministério da Saúde. E-mail: flacoelho@click21.com.br.
- <sup>d</sup> Assistente Social, mestre em Psicopedagogia de La Educación pela Universidad de La Habana, especialidade Serviço Social do Idoso. E-mail: asanchez@terra.com.br

## REFERÊNCIAS

- Almeida OP. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. *Revista de psiquiatria clínica* 1999; 26: 78-89.
- Almeida OP. Queixa de problema com a memória e o diagnóstico da demência. *Arq Neuropsiquiatr* 1988; 56 (3-A):412-18
- Bari M, Furberg CD, Psaty BM, Applegate WB, Pahor MM Hypertension. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p.499- 09.
- Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H. Screening elders for risk of hospital admission. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41(8):811-7
- Brandão AP, Brandão AA, Freitas EV, Magalhães MEC, Pozzan R. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, et al, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 249-262.
- Buchener DM, Wagner. Prevention frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8:1
- Carameli P, Babosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24 (supl I): 7-10
- Fraenkel L, Felson D. Osteoarthritis. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 961-972
- Halter JB. Diabetes Mellitus. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 855-873.
- King MB. Falls. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1517-1529
- Laches MS, Feinstein AR, Cooney LM, Drckamer MA, Marattoli RA, Tinetti ME. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Méd* 1990; 112(9): 699-706
- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2): 311-8
- Maciel AC. Incontinência urinária. In: Freitas EV, et al, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.635- 644
- Mercado Rodriguez C. Incontinência urinária no idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 175-86.
- Mills J. Age-related changes in the auditory system. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003, p.1239-1251
- Nanda A, Besdine R W, Dizziness. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th.

- New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1543-1552.
17. Nardi AE Questões atuais sobre depressão. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
  18. Nasri F. Diabetes mellitus no idoso. In: Freitas EV, et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 496-501
  19. Ouslander JG, Johnson II TM. Incontinence. In. Hazzard WR, et al, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1571-1586.
  20. Paixão Jr CM, Heckmann M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-34.
  21. Pereira SEM, Buksman S, Perracie M, et al. Quedas em idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.
  22. Perracini MR. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas EV, et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia: Guanabara Koogan; 2002. p. 798-807.
  23. Sullivan D, Johnson LE. Nutrition and Aging. In. Hazzard WR, et al, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1151-1169.
  24. Veras RP, Lourenço RA, Martins CSF et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UnATI-Relume-Dumará; 2002. p. 11-79.
  25. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ; 1994.
  26. Watson G. Assessment and rehabilitation of older adults with low vision. In. Hazzard WR, et al, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1223-1237.

Recebido em: 30/7/2007

Aceito em: 03/9/2007

Figura 1 - Número de idosos que apresentaram comprometimento quando avaliadas as áreas de visão, audição, continência urinária, atividade de vida diária, estado mental, humor, estado nutricional e problemas no domicílio.

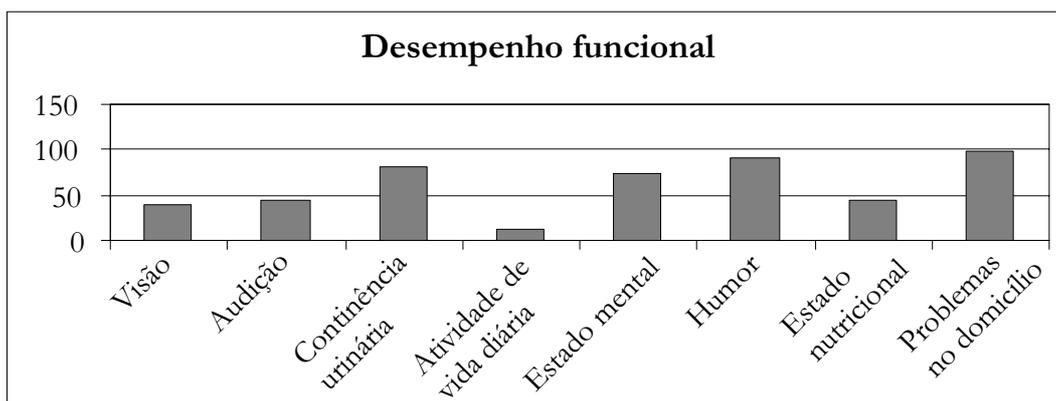
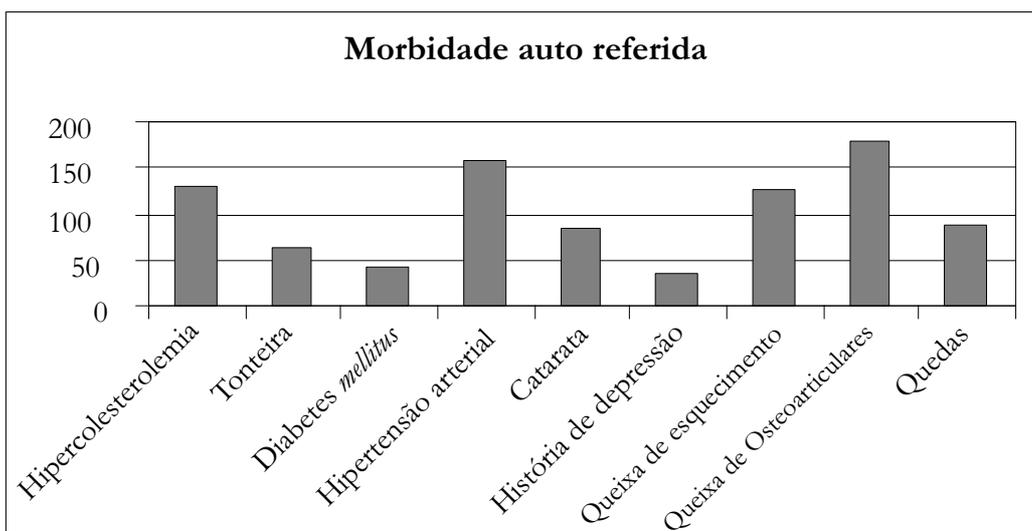


Figura 2 - Número de idosos que referiram problemas de hipercolesterolemia, tonteira, diabetes mellitus, hipertensão arterial, catarata, história de depressão, queixa de esquecimento, queixas osteoarticulares e quedas.



## Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso

*Public politics for the elderly's healthcare: reflection on the qualification of health professionals that care for the elderly*

Josiane de Jesus Martins<sup>1</sup>  
Jordelina Schier<sup>b</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>c</sup>  
Gelson Luiz de Albuquerque<sup>d</sup>

### Resumo

Este estudo tem o objetivo de refletir acerca do agir em saúde, a partir da articulação do Artigo 18 do Estatuto do Idoso com as atuais Políticas Públicas dirigidas à pessoa que envelhece em nosso país. Ressaltamos que o foco norteador da discussão centraliza-se na capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado gerontogeriatrico. Tais profissionais são os responsáveis, direta e indiretamente, pela realização de um cuidado em saúde seguro, ético e com qualidade, sendo, portanto, agentes viabilizadores da efetivação das Políticas Públicas de Saúde dirigidas às pessoas idosas. É fundamental, também, o engajamento de toda a sociedade, com vistas à transformação da realidade dos idosos e humanização das relações entre viver e envelhecer. Assim, a reflexão sobre a questão do cuidado gerontogeriatrico, na perspectiva do Estatuto do Idoso, faz-se necessária na medida em que desvela perspectivas que se revestirão de cuidados seguros, éticos e com qualidade. Daí o grande desafio da equipe de saúde passa a ser a construção do cuidado integral, integrado e cidadão com a pessoa idosa; um novo modo de ser e agir em saúde vislumbrando a multidimensionalidade do ser que envelhece e do processo de envelhecimento humano.

### Palavras-chave:

prática profissional;  
políticas públicas de  
saúde; equipe de  
assistência ao  
paciente; serviços de  
saúde para idosos ;  
geriatria; envelheci-  
mento; estatutos

Correspondência / *Correspondence*

Josiane de Jesus Martins  
R Sagrado Coração de Jesus, 104, Morro das Pedras  
88066-070 - Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: josiane.jesus@gmail.com.

\* Trabalho apresentado na disciplina Administração dos Serviços de Saúde e Enfermagem do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

## ABSTRACT

This study aims to reflect on acting in health, based on the 18th Article of the Elderly's Statute and the current Public Politics for the elderly in Brazil. We point out that this discussion is guided by health workers' qualification in the geriatric care. Such professionals are directly and indirectly responsible for safe, ethical and qualified care, therefore they are agents that carry out effective public politics for the elderly. It is also important that the whole society be committed with the transformation in the elderly's reality and with the humanization of relations between life and aging. So to reflect on the issue of geriatric care, in the perspective of the Elderly's Statute, becomes necessary, since it discloses perspectives concerned with safe, ethical and qualified care. The great challenges of health teams are the construction of an integral care, integrated and elderly-friendly; a new way of being and acting in health, regarding the multidimensionality of the being that grows old and the process of human aging.

### Key words:

professional practice health public policy; patient care team; health services for the aged; geriatrics; aging; bylaws (health law)

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento, enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de modo singular e único. Se quantificássemos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis.

O envelhecimento populacional brasileiro é um fato demográfico recente na história, apesar de a velhice estar presente desde os

primórdios da humanidade. O avanço tecnológico possibilitou o “*envelhecimento artificial da população, produzido por técnicas médicas e não pelo investimento de políticas públicas*”. (p.139)<sup>1</sup>

Em todos os países do mundo é fato concreto a modificação do perfil etário, pois historicamente o homem nunca teve tanta chance de alcançar a terceira idade.<sup>7</sup> Os fatores determinantes deste fenômeno são cada vez mais estudados e conhecidos, e nos permitem entendê-lo em sua complexidade e magnitude, merecendo ainda maior atenção daqueles que dedicam suas atividades profissionais em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso. O número crescente de pessoas idosas resultou em problemas de ordem social, econômica e de saúde, os quais exigiram determinações legais e políticas públicas capazes de oferecer suporte ao processo de envelhecimento no Brasil, buscando atender às necessidades desse estrato populacional.

No Brasil, o desafio para o século XXI é oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.<sup>20</sup> Contudo, para atenção adequada ao idoso, juntamente com a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas nessa fase da vida.

Gordillho *et al* (p.138)<sup>10</sup> enfatizam que “*é importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas*”. No entanto, estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa do idoso no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver e envelhecer com qualidade.

O Estatuto do Idoso,<sup>8</sup> em seu Artigo 18, no Capítulo IV do direito à saúde, diz: “*As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda*”.

Algumas inquietações acerca das atuais políticas dirigidas ao idoso nos levam a inda-

gar quais são as reais necessidades dos idosos, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. De que modo os profissionais da saúde estão se preparando/capacitando para cuidar dos idosos, e, principalmente, se tem sido oportunizado aos idosos desenvolver autonomia e independência.

Tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas possíveis e factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos idosos. Há necessidade de desmistificar e elaborar novos conceitos acerca da velhice, ancorados na moderna ciência do envelhecimento para a construção de condições socioculturais propícias para uma velhice digna e prazerosa.

Como num círculo, no qual não se pode identificar seu começo e seu fim, a demanda expressiva e crescente do contingente idoso e as necessidades de toda ordem deflagradas a partir desse fenômeno populacional geraram a necessidade de estudos, práticas e políticas que dessem conta desta realidade. Em contrapartida, tais necessidades e ações despertaram idosos conscientes e atuantes que não aceitam passivamente a relação de submissão à sorte e abandono do Estado, da sociedade e da família. São pessoas atuantes na comunidade, em grupos de convivência, associações, universidades da terceira idade, conselhos de saúde e outros modos de inserção e participação, forçando a sociedade a rever essa relação até então de anomia.

Marilena Chauí, em *Memória e Sociedade - Lembranças de Velhos*,(p.18)<sup>4</sup> afirma que “*ser ve-*

*lho é lutar para continuar sendo homem*”, num esforço incansável para a manutenção da própria identidade e conquista de cidadania. Para os profissionais da saúde que cuidam do idoso e de sua família cuidadora, o ato de cuidar é também um momento de refletir acerca do próprio processo de envelhecimento, do processo de construção do ser e agir em saúde, de modo integral, integrado e cidadão.

Neste sentido, este estudo tem o objetivo de refletir acerca do agir em saúde, a partir da articulação do Artigo 18 do Estatuto do Idoso<sup>8</sup> com as atuais políticas públicas dirigidas à pessoa que envelhece em nosso país. Ressaltamos que o foco norteador da discussão está centralizado na capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado gerontogeriátrico, uma vez que estes são responsáveis, direta e indiretamente, pela realização de um cuidado em saúde seguro, ético e com qualidade, sendo portanto agentes viabilizadores da efetivação das Políticas Públicas de Saúde dirigidas às pessoas idosas.

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A Política Nacional Idoso,<sup>17</sup> a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,<sup>19</sup> e o Estatuto do Idoso<sup>8</sup> são dispositivos legais que norteiam ações, sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. Porém é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhe-

cendo de modo mais saudável possível. Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos co-responsáveis por esse processo.

Agustini, em seu livro *Introdução ao direito do idoso*,<sup>1</sup> apresenta a preocupação crescente da legislação brasileira no que diz respeito ao cidadão idoso, situando-os em relação aos seus direitos na velhice. A Constituição brasileira de 1988 foi a primeira a tratar o idoso e a velhice como um problema social, avançando para além da assistência previdenciária e assegurando a proteção na forma de assistência social. Entretanto, o autor é claro ao explicitar sua preocupação em separar o direito à velhice e a proteção à velhice. Entende o primeiro como uma variante do direito à vida e, portanto, mais abrangente e integral do que o direito social de proteção à velhice.

O desafio lançado para todos aqueles implicados no processo de envelhecer, ou seja, aos seres humanos que pretendem vivenciar da melhor forma possível e desejável as etapas da vida, “*é o de fazer com que as normas, que possuem validade formal e ética e que, portanto são legais e legítimas, passem também a ter validade fática e tenham eficácia*”. (p.142)<sup>1</sup>

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi recentemente atualizada, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS<sup>18</sup> e reafirmando a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento ora caracterizado por doenças e/ou condições crônicas não-trans-

missíveis, porém passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas. Dentre tais desafios ressalta-se “a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa”.

Sem dúvida, a velhice é uma fase do ciclo vital cuja especificidade demanda atenção em saúde especializada e requer, portanto, pessoal qualificado para o cuidado com essas pessoas. Nesta perspectiva, questões relativas à educação em saúde, à qualificação e capacitação dos recursos humanos e ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área permeiam as diretrizes que norteiam essa Política. Tais diretrizes estão articuladas intersetorialmente com ações de co-responsabilidade entre gestores do SUS, educação, ciência e tecnologia e outros setores.

A PNSPI fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, conforme determinam a Lei Orgânica de Saúde n.º 8080/90\* (Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral) e a Lei n.º 8842/94,<sup>11</sup> regulamentada pelo Decreto n.º 1948/96. Assegura os direitos dos idosos e busca criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. Cabendo ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. O foco central da PNSPI (p.3)<sup>19</sup> é, “recuperar, manter e promover

a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.”

Para a viabilização e concretização da PNSPI, é necessário, pois, conhecer e compreender como vem acontecendo o envelhecimento populacional brasileiro, bem como agir em parceria com o idoso, de modo a ir além do dispositivo legal, ir para a ação crítica e construtiva.

Apesar da magnitude deste evento mundial que é o envelhecimento populacional, sentimos falta de investimentos em pesquisas e incentivos públicos e privados para dinamizar e otimizar as políticas para esse segmento da sociedade, tão carente de atenção na grande maioria das vezes.

Assim como outros países, o Brasil tem-se defrontado com a questão do envelhecimento da população. Torna-se um desafio para o país o cuidado com os idosos e a responsabilidade das famílias e da sociedade.<sup>9</sup>

A Lei n 8.842/94 (PNI)<sup>11</sup> propõe que sejam incluídos nos currículos dos cursos superiores da área da Saúde conhecimentos de Geriatria e Gerontologia, visando à formação dos acadêmicos com competência para atender às demandas da clientela idosa e seus familiares,

\* Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Alterada pela Lei n.º 9.836/1999 e Lei n.º 10.424/2002)

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

com objetivo maior de investimento na promoção de um envelhecimento saudável que efetivamente atinja a população em geral.<sup>22</sup>

De acordo com essa lei,<sup>11</sup> cabe aos setores da saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, recuperação e proteção da saúde. É necessário desenvolver a cooperação entre as esferas de governo e entre os diversos setores sociais e de saúde que atendem ao ser que envelhece. Para tanto, nessa política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito já explicitado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da PNSPI, mediante o qual deverá ser possível o eventual redimensionamento que venha a ser ditado pela prática.

Para efetivar tal política, é necessário definir e/ou readequar planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que de modo direto ou indireto se relacionam com o seu objeto. É primordial a articulação entre Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para sua operacionalização. Enfim, para que o mesmo alcance seus objetivos, as suas diretrizes essenciais necessitam ser cumpridas.

O Pacto pela Vida<sup>18</sup> é uma das prioridades, articuladas e integradas, assumido pelos gestores do SUS enquanto compromisso público da construção do Pacto pela Saúde. A saúde do idoso é parte desta prioridade, ao buscar a atenção integral e a implementação da PNSPI, em que novamente a preocupa-

ção com o preparo dos profissionais da saúde é traduzida em ação estratégica de um programa de educação permanente à distância, com conteúdos destinados ao processo de envelhecimento, à saúde individual e à gestão de serviços de saúde.

Marziale<sup>12</sup> afirma que, com o crescimento da população idosa, ocorreram mudanças relacionadas à desigualdade socioeconômica, afetando a estrutura etária da população e ocasionando problemas que necessitam de solução imediata que garantam ao idoso a preservação da saúde e condições de autonomia e dignidade. Para que essas situações sejam viabilizadas, urge “a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces?”.(p.6)<sup>13</sup>

De acordo com a PNSPI (p. 9)<sup>19</sup>

*“A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.”*

Procurando atender a tal necessidade e direcionar as ações com vistas a garantir às

pessoas com 60 anos ou mais a proteção à vida e à saúde, foi sancionado pelo governo brasileiro o Estatuto do Idoso. Sendo assim, o Estado deve estar atento às suas próprias políticas públicas de saúde e priorizar atendimento digno aos idosos. É primordial que os profissionais da saúde estejam capacitados e cientes das peculiaridades que envolvem o agir em saúde frente às necessidades do ser humano que envelhece. Necessidades que são permeadas pelas subjetividades, objetividades e práticas em saúde condizentes com as singularidades do ser que cuida e do ser que é cuidado.

No entanto, na prática verifica-se a escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais, quais sejam, a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. Ainda encontramos idosos em longas filas de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar.

Para Bettinelli e Portella (p.108),<sup>3</sup> “*Somente a sociedade pode promover o avanço da luta pelos direitos dos idosos, pela dignidade do envelhecimento e pelo cumprimento das leis existentes. Sua contribuição não consiste só em denunciar o não-cumprimento das leis, mas acima de tudo em colocar-se como parceira do poder público na construção de ações, programas e projetos que resultem em apoio, proteção e assistência ao idoso.*”

A realidade do envelhecimento populacional no país demonstra que não há outro caminho, senão o investimento articulado em programas de atenção aos idosos. A recomendação para os idosos, sujeitos desse processo, é que se mantenham mobilizados na luta em

prol dos seus direitos; que não esqueçam dos deveres a cumprir, sobretudo continuar dando o exemplo de luta e perseverança. “*Ainda que lhes falem as forças, que não lhes falte a palavra; ainda que lhes falte a voz, que não lhes falte a presença. Só assim mostrarão a todos que o envelhecer é como o pôr-do-sol que acontece a cada dia*” Bettinelli e Portella (p.110),<sup>3</sup>

É fundamental o engajamento de toda a sociedade, para que se consiga transformar a realidade dos idosos e humanizar as relações entre viver e envelhecer. Conforme afirma Braga (p.179),<sup>5</sup> “*Para que o Estatuto do Idoso seja, realmente, uma ferramenta de mudança social, será necessário que todos nós possamos adotá-lo em nossa vida cotidiana, tratando melhor e como cidadãos aos idosos com os quais travamos contato diário e não apenas esperarmos que o governo ou alguma instituição cuide deles. O estatuto regulamenta os direitos dos idosos e define as medidas de proteção para esta população.*”

## CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O CUIDADO COM O IDOSO

Para Nakatani *et al.*,<sup>14</sup> na velhice, ter uma vida saudável, significa manter ou restaurar a autonomia e independência. Define-se a primeira como a capacidade de decisão, e a segunda, como a capacidade de realizar algo por meios próprios.

Néri<sup>15</sup> nos resume mostrando que dependência, independência e autonomia são, assim, condições que não se excluem e que muitas vezes se entrelaçam. Estão presentes em todo o ciclo vital, e assumem formas e valores impostos pelas pessoas e sociedade.

Uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável, são as ações educativas para essa parcela da sociedade e profissionais da saúde. No modelo vigente ainda predomina, nos serviços brasileiros de saúde, o modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a educação em saúde para ações que visam a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.<sup>6</sup>

Atitudes paternalistas e assistencialistas podem gerar efeitos negativos para a autonomia dos idosos, pois desencadeiam a dependência do cuidado profissional.

Para garantir a autonomia e independência do ser *envelhecendo*, é imprescindível o preparo/capacitação dos profissionais da saúde, uma vez que estes estão envolvidos diretamente no cuidado. Tal capacitação implica despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso cidadão. Ou seja, um profissional conhecedor da realidade social e de saúde desse estrato populacional, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos

dispositivos legais como instrumentos factíveis para o desenvolvimento de ações de saúde. O profissional deve estar preparado para reconhecer no idoso a potencialidade para o autocuidado, a necessidade de interdependência para o cuidado e a importância de preservar a autonomia.

Importante destacar que o Pacto pela Vida firma o compromisso dos gestores do SUS e determina as prioridades na atenção à saúde da população. Neste pacto, no que tange à saúde do idoso, um dos itens preconizados se refere à formação e educação contínua dos profissionais da saúde que atuam no sistema de saúde brasileiro.<sup>18</sup>

Dotar as instituições de saúde de profissionais qualificados e capacitados implica articulação intersetorial nas esferas públicas. “*Preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elemento básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.*” (p.148)<sup>10</sup>

Em estudo realizado por Gelain, Alvarez e Silva,<sup>9</sup> os autores constataram dificuldades referentes à falta de preparo técnico-científico dos profissionais para prestação de cuidados à pessoa idosa.

Pereira *et al.* (p.2)<sup>16</sup> ressaltam que “*profissionais que trabalham com o processo de envelhecimento nas mais diversas áreas de saber (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros) tentam proporcionar, em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), o*

*bem estar biopsicossocial dos idosos, potencializando suas funções globais, a fim de obter uma maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para essa fase de vida.”*

Reforça-se então a importância de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso.

Os profissionais da área da saúde podem ser reconhecidos como profissões de ajuda, ou seja, com uma ligação profunda e significativa entre profissional e cliente, que ultrapassa as simples trocas funcionais, mantendo um prisma de crescimento e evolução.

A capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado geronto-geriátrico é, ainda, incipiente em nosso meio, provavelmente “*porque a velhice é um fato social relativamente novo entre nós. Mas, se não houver recursos humanos treinados especialmente para atendê-los, não haverá uma atenção integral, integrada, digna e eficaz*”. (p.109)<sup>21</sup> Enfatiza-se, então, que para a consolidação das políticas de saúde a capacitação é requisito primordial, pois, “*novos saberes, provocam novos fazeres*”. (p.110)<sup>21</sup>

A PNSPI, enquanto um instrumento a disposição do setor saúde, estabelece e prevê em suas diretrizes a capacitação dos recursos humanos envolvidos no cuidado ao idoso. Tal diretriz requer o envolvimento de todos os órgãos públicos, instituições de saúde, instituições formadoras e da própria sociedade na sua efetivação para além de um discurso ideológico, ou seja, sua efetivação na prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abrigarmos a tese da especificidade e singularidade de cada ser humano, assumimos a condição de que políticas sociais e de saúde devem ser propostas para grupos populacionais, porém, considerando as necessidades e experiências de cada sujeito que delas participará. Assim, a velhice deve ser considerada no ciclo da vida não como uma doença, mas como um processo de viver envelhecendo, de conviver com intercorrências, as quais podem ser preveníveis e, em especial, tratáveis.

A mudança dos perfis populacionais, no tocante à questão etária, tem feito com que os organismos oficiais modifiquem e reenquadrem seus programas, passando a considerar, a terceira idade uma das populações-alvo de qualquer política oficial.

O Brasil, com uma crescente população de idosos, precisou desenvolver e empreender políticas que agregassem e incluíssem essa parcela significativa de nossa população. Assim, para reverter o modelo de atenção à saúde, centrado ainda nos sujeitos profissionais, deverá voltar-se mais propriamente para sua formação e capacitação – focando a atenção no idoso, na promoção da sua saúde, buscando minimizar a dependência e potencializar a autonomia, de modo a favorecer uma velhice com melhor qualidade de vida e saúde possível.

Os programas sociais e de saúde devem buscar responder à necessidade premente de desmistificar os (pré)conceitos a respeito da

velhice, ancorados na moderna ciência do envelhecimento, para a construção de condições socioculturais propícias para uma velhice digna e prazerosa. Assim, construiremos um país constituído de cidadãos, pessoas incluídas e acolhidas em políticas sociais e de saúde, não importando sua faixa etária.

A reflexão acerca do cuidado gerontogeriatrico, na perspectiva do Estatuto do Idoso, prevendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, bem como a orientação à família cuidadora e aos grupos de ajuda mútua, faz-se necessária na medida em que desvela perspectivas que se revestirão de cuidados seguros, éticos e com qualidade.

A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, bem como o Pacto pela Vida, são instrumentos que garantem a proteção a esse grupo populacional, agregando-os na condição de cidadãos que, como os demais, merecem uma atenção digna e saudável, considerados parceiros ativos no desenvolvimento dessas políticas.

A perspectiva é de que os sujeitos no processo de envelhecimento tenham como vivenciá-lo da melhor forma possível e desejável. Daí o grande desafio da equipe de saúde passa a ser o cuidado com a pessoa idosa, vislumbrando a especificidade e a multidimensionalidade do ser que envelhece e do processo de envelhecimento humano.

A questão social e de saúde do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima ou, pelo menos, ame-

nize a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Exige, principalmente, uma política que seja factível. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se possibilitar as condições adequadas para vivê-la com dignidade.

O avanço da expectativa de vida saudável gera perspectivas de desenvolvimento para a fase tardia do ciclo de vida, o que significa que o perfil biopsicossocial do ser humano passa a exigir novos enfoques culturais, sociais e de saúde.

## NOTAS

- <sup>a</sup> Enfermeira, mestre em Enfermagem, docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil. Responsável pela elaboração, redação, revisão e análise do artigo. E-mail: josiane.jesus@gmail.com
- <sup>b</sup> Enfermeira no Hospital Universitário da UFSC, mestre em Enfermagem. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil. Responsável pela elaboração, redação, revisão e análise do artigo. E-mail: nina.schier@gmail.com
- <sup>c</sup> Enfermeira, docente no Departamento de Enfermagem da UFSC, doutora em Filosofia da Enfermagem, coordenadora do GEPADES. Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil. Trabalhou na revisão final do artigo. E-mail: alacoque@newsite.com.br
- <sup>d</sup> Enfermeiro, mestre em Ciências da Enfermagem, doutor em Filosofia de Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC, Brasil. Trabalhou na revisão final do artigo. E-mail: gelsonalbuquerque@yahoo.com.br

## REFERÊNCIAS

1. Agustini FC. Introdução ao direito do idoso. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2003.
2. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: Editora Universitária/UFSC; 2001.
3. Bettinelli LA, Portella MR. Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
4. Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 6. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
5. Braga PMV. Direitos do idoso: de acordo com o Estatuto do Idoso. São Paulo: Quartier Latin; 2005.
6. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública 2003 jun.; 19(3).
7. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
8. Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
9. Gelain I, Alvarez AM, Silva RDM. A enfermagem e o envelhecimento humano: aspectos éticos. Texto Contexto Enfermagem 1997 maio/ago., 6(2): 221-32.
10. Gordilho A, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Bahia Análise & Dados mar. 2001; 10(4): 138-53.
11. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994.
12. Marziale MHP. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem 2003 nov./dez; 11(6).
13. Mello ALSF. Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2005.
14. Nakatani AYZ, et al. Perfil socio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica 2003 nov./dez.; 1(5): 131-36.
15. Neri AL. Palavras-chave em Gerontologia. São Paulo: Alínea; 2001.
16. Pereira LSM, et al. Programa melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. In: Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG, 2005, Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG; 2005. [acesso 2006. set. 9]. Disponível em: URL: <[http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude\\_41.pdf](http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_41.pdf)>.
17. Política Nacional do Idoso – Declaração Nacional dos Direitos Humanos – Programa Nacional de Direitos Humanos. Imprensa Nacional; 1998.
18. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
19. Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
20. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos

residentes em centro urbano: projeto epidioso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003 maio/jun.; 19(3): 793-97.

21. Rodrigues, NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.106-10.
22. Santos SMA. O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em

famílias de origem nipo-brasileira e brasileira. [ tese ]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação; 2003.

Recebido em: 03/10/2006

Revisado: 06/6/2007

Aceito: 29/8/2007

## Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão da literatura

*Quality of life and coping strategies of elders with fecal incontinence: a literature review*

Juliana Magalhães Machado Barbosa<sup>1</sup>  
Rosângela Corrêa Dias<sup>b</sup>  
Leani Souza Máximo Pereira<sup>c</sup>

### Resumo

O objetivo desta revisão foi apreciar criticamente a literatura sobre a avaliação da qualidade de vida (QV) e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal (IF), tendo como referencial o envelhecimento populacional brasileiro e o aumento da incidência de doenças crônicas que comprometem o bem-estar dos idosos. Foi realizada pesquisa nas principais bases de dados e a qualidade metodológica das publicações foi avaliada. A perda involuntária de fezes gera conseqüências físicas, sociais, emocionais e econômicas, sendo mais prevalente em idosos e mulheres. Recentemente, a avaliação de medidas centradas no paciente, incluindo a QV e as estratégias de enfrentamento foram apontadas como fundamentais. A qualidade de vida de idosos com IF pode ser avaliada através de instrumentos genéricos, como o WHOQOL e de instrumentos específicos, como o FIQL e o GIQLI. Alguns estudos têm indicado variáveis que podem se associar a um maior ou menor comprometimento da QV, mas ainda há escassez de trabalhos com idosos incontinentes. Embora já existam instrumentos de avaliação genérica das estratégias de enfrentamento disponíveis para uso no Brasil, nesta revisão, não foram encontradas pesquisas sobre a forma de enfrentamento da IF na população em geral ou entre os idosos. Esta revisão confirma a necessidade de mais estudos sobre como a IF afeta os idosos e como os mesmos lidam com essa disfunção.

### Palavras-chave:

idoso; qualidade de vida; incontinência fecal; envelhecimento da população; revisão [tipo de publicação]

Correspondência / *Correspondence*  
Juliana Magalhães Machado Barbosa  
R. Santíssimo, 291, aptº 604, Caiçara  
30775-450, Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: jummb@terra.com.br

## ABSTRACT

This review aims to make a critical appraisal of literature on quality of life (QoL) assessment and coping strategies in elders with fecal incontinence (FI), taking into account the Brazilian population aging and the increasing incidence in chronic illnesses that yield elderly well-being compromises. Data-based search was done and the methodological quality of papers was appraised. The involuntary fecal loss generates physical, social, emotional and economic consequences, which are more prevalent in the aged and women. Recently, patient-reported outcomes, including QoL and coping strategies, had been pointed out as essential. Elderly QoL with IF can be measured either by generic instruments, such as the WHOQOL, or by specific ones, such as the Fecal Incontinence Quality of Life and the Gastrointestinal Quality of Life. Some studies have indicated that variables can be associated to major or minor QoL outcomes, but there still be scarcity of works with incontinent elders. Although there were instruments for the evaluation of generic coping strategies suitable for use in Brazil, this review found no research on coping strategies, neither for elders with IF, nor for the general population and among elderly groups. The present review stresses the need for more studies to appreciate how FI effects the elderly population and how they cope with the consequent dysfunctions.

**Key words:** aged; quality of life; fecal incontinence ; demographic aging; review [publication type]

## INTRODUÇÃO

O Brasil começou seu processo de envelhecimento populacional a partir de 1960, decorrente de uma associação entre a queda significativa da mortalidade e o rápido declínio da fecundidade.<sup>8,23</sup> Em 2000, o Brasil possuía 8,6% de sua população composta por pessoas com mais de 60 anos\* representando quase 15 milhões de idosos. As perspectivas indicam que até 2020, o Brasil deverá ter mais de 30 milhões de idosos, que constituirão cerca de 13% da população.<sup>27</sup> Sob o aspecto da saúde, os idosos possuem mais doenças, que são normalmente crônicas, usam mais medica-

mentos, consultam mais médicos e sofrem mais internações hospitalares.<sup>23,34</sup> Os comprometimentos típicos dessa faixa etária foram agrupados como Síndromes Geriátricas, que compreendem a incontinência, as instabilidades e quedas, a demência, a depressão e a imobilidade.<sup>34</sup> A incontinência pode ser subdividida em incontinência urinária (IU) e incontinência fecal (IF).<sup>16</sup> O aumento no número de idosos e a conseqüente necessidade de cuidado especializado colocam o envelhecimento bem-sucedido como uma meta a ser atingida em todas as áreas de saber e justificando estudos para a compreensão das condições incapacitantes nessa população, inclusive da IF.<sup>16,23</sup>

\* Idoso: aquele com idade igual ou superior a 60 anos, conforme critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para países em desenvolvimento e do Estatuto do Idoso no Brasil (2).

A IF é definida como a incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados.<sup>30,37,48</sup> O termo incontinência anal (IA) é utilizado para englobar tanto a perda involuntária de material fecal quanto de gases.<sup>74</sup>

A incontinência é uma condição grave tanto para o paciente quanto para seus cuidadores.<sup>11,16,35</sup> Embora não aumente significativamente a mortalidade, a IF pode trazer conseqüências físicas, incluindo lesões de pele, infecções urinárias, alterações nutricionais e inatividade física; significativos custos econômicos, referentes ao uso de proteção, diagnóstico, cuidados especializados, reabilitação e medicamentos; e resultados psicossociais, relacionados à perda de independência, isolamento social e impacto emocional.<sup>26,29,38,45</sup> Todas essas conseqüências podem afetar a vida diária, a saúde geral e a qualidade de vida de pacientes incontinentes.<sup>26,49,65,74</sup> Entre os idosos, a incontinência é apontada ainda como a segunda causa mais comum de institucionalização.<sup>26,32,65</sup>

A prevalência dessa condição é variável e pode ser bem maior que o divulgado.<sup>11</sup> O problema pode ser sub-relatado porque os pacientes são relutantes em mencionar essa condição aos profissionais de saúde, tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas.<sup>16,35,39</sup> Em idosos, o sub-relato pode estar associado ainda à percepção de que a IF é resultado do processo de envelhecimento e de que nada poderia ser feito para evitá-la ou tratá-la.<sup>35</sup> Em estudo realizado no Reino Unido<sup>16</sup>, 54% dos idosos com IF nunca tinham relatado esse problema a seus médicos e só 14,6% dos adul-

tos incontinentes de uma cidade australiana procuraram o médico por este motivo.<sup>30</sup> A prevalência depende ainda da utilização do conceito de IF ou IA, considerando a frequência mínima e duração da perda para inclusão nos estudos, parâmetros que variam entre os diversos estudos.<sup>29,30,39,45,65</sup>

Para a população em geral, Kalantar *et al.* encontraram uma prevalência da IF de 11,2% na população de uma cidade australiana, sendo 55% do sexo feminino, com média de idade de 53 anos e associação significativa entre IF e idade dos participantes ( $p=0,003$ ;  $r^2=11,75$ ).<sup>30</sup> Nelson *et al.* em estudo com pessoas da comunidade de uma cidade americana, relataram que 2,2% da população geral tinham incontinência a gases, líquidos ou fezes. Deste total, 30% eram idosos e 63% eram mulheres, dois fatores apontados como fortemente relacionados com a ocorrência de IA.<sup>39</sup>

Entre os idosos institucionalizados e hospitalizados, a ocorrência desse problema pode atingir 17 e 47%, respectivamente.<sup>11</sup> Na população brasileira, estudo realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas de São Paulo encontrou prevalência de 10,9%.<sup>35</sup> Com relação à prevalência da IF entre os idosos residentes na comunidade, os resultados dos estudos também variam. Pery *et al.* relataram que a ocorrência da IF aumentava com o aumento da idade, atingindo 2% dos idosos com mais de 80 anos.<sup>45</sup> Stenzelius *et al.* encontraram relato de perda fecal em 16,9% dos idosos com mais de 75 anos<sup>64</sup> e Kok *et al.* relataram que entre idosos residentes em uma cidade holandesa, 4,2% daqueles entre 65 e 84 anos e 16,9% dos que

tenham mais de 85 anos apresentavam IF.<sup>32</sup> Em idosos comunitários no Reino Unido, Edwards & Jones encontraram uma prevalência de 3% da IF.<sup>16</sup>

Quando ocorrem simultaneamente IF e incontinência urinária, tem-se uma condição denominada incontinência dupla.<sup>35,65</sup> Edwards & Jones encontraram 1% dos 2.818 idosos comunitários entrevistados apresentando relato de incontinência dupla<sup>16</sup> e Meschia *et al.* relataram que 24% das 881 mulheres com incontinência urinária participantes da pesquisa também tinham IA.<sup>36</sup> Teunissen *et al.* em estudo com 5.748 idosos residentes na comunidade, encontraram prevalência de 6% para a IF e 3% para a incontinência dupla, e estes valores se elevaram com o aumento da idade em homens e mulheres.<sup>65</sup>

A manutenção da continência anal depende do funcionamento normal do intestino, especialmente do reto e ânus, e dos músculos do assoalho pélvico, que incluem os esfíncteres anais interno e externo e o músculo elevador do ânus.<sup>11,29,48</sup> O reto funciona como um reservatório do conteúdo fecal, sendo que sua distensão desencadeia um relaxamento reflexo do esfíncter anal interno e a passagem de parte desse conteúdo para o canal anal, mecanismo conhecido como reflexo retoanal inibitório. A mucosa ricamente inervada da parede anal permite a percepção da presença e da consistência do conteúdo fecal, através do reflexo de amostragem. O desejo de adiar a defecação é então concretizado através da contração voluntária dos músculos esfíncter externo e elevador do ânus, que permitem o retorno do bolo fecal ao reto e seu armazenamento.

O sistema nervoso autônomo medeia a contração tônica do esfíncter anal interno durante a continência e seu relaxamento durante a defecação, através do controle simpático e parassimpático, respectivamente. Os músculos estriados do assoalho pélvico são controlados pelo sistema nervoso somático, através do nervo pudendo. Além do controle reflexo medular, os estímulos podem ascender pela coluna lateral até o córtex motor parassagital, tornando-se conscientes e sendo afetados pela ação do lobo frontal e suas conexões.<sup>2,11,29,71</sup> A manutenção da continência sofre influência ainda das oscilações emocionais, decorrentes da ação dos sistemas límbico e nervoso autônomo sobre os mecanismos de controle da defecação e das variações dos hormônios sexuais que influenciam o trofismo e a vascularização dos músculos estriados.<sup>31</sup>

Desta forma, uma série de diferentes condições pode afetar os mecanismos citados acima: mudança na consistência das fezes, decorrente, por exemplo, do abuso de laxativos e de doenças inflamatórias do intestino; redução da complacência retal, incluindo a retirada cirúrgica, tumores e doenças do colágeno; alterações da sensibilidade anal, como na *tabes* dorsal e nas neuropatias periféricas; comprometimento do controle neurológico central, como nos acidentes vasculares encefálicos e nas demências; e anormalidades no mecanismo esfíncteriano, como ocorre nas lesões obstétricas, desordens neurológicas desmielinizantes e doenças inflamatórias.<sup>2,11,29,31</sup>

Com o envelhecimento, ocorre degeneração do esfíncter anal interno, que pode causar redução progressiva das pressões de

repouso.<sup>11,71</sup> Também pode ocorrer redução da complacência retal, da sensibilidade anal e atrofia muscular do assoalho pélvico associadas ao aumento da idade. Esta última acarreta redução das pressões de contração e se associa ao descenso perineal e ao aumento da latência do nervo pudendo.<sup>29,71</sup> A presença de impactação fecal, comum nos idosos, pode afetar a sensação anal e a complacência retal, além de causar laceração muscular e incontinência por transbordamento.<sup>11,71</sup> A IF em idosos poderia estar associada ainda aos comprometimentos cognitivos e físicos, que podem dificultar o acesso e a localização do banheiro, causar desinibição social e incapacidade de evacuar sozinho.<sup>71</sup>

A avaliação e o diagnóstico da IF incluem a avaliação clínica, constituída pelos sinais, sintomas e exame físico; e os exames complementares, incluindo a manometria anorretal, a retossigmoidoscopia, a defecografia, a eletromiografia anorretal, a ultra-sonografia endoanal e a latência motora terminal do nervo pudendo.<sup>11,29,31,71</sup>

O exame físico, dividido em inspeção, palpação e testes especiais, busca identificar anormalidades estruturais nos mecanismos de controle da defecação, como por exemplo, prolapso, hemorróidas, cicatrizes, fibroses, impactação, sinais de hipoestrogenismo, além de indicações de anormalidades neurológicas. Inclui também a avaliação da capacidade de locomoção e posicionamento para defecar e das condições da musculatura pélvica estriada, tais como força, resistência, elasticidade e tonicidade muscular.<sup>2,11</sup>

A história clínica é geralmente focada nos sinais e sintomas que caracterizam o funcionamento intestinal, tais como: frequência e duração das perdas e das evacuações, consistência das fezes, presença de urgência, diarreia, flatulência, constipação e uso de proteção. Inclui ainda um relato da história cirúrgica e de doenças em outros sistemas que podem se relacionar com a ocorrência de incontinência, uso de medicações, hábitos alimentares, avaliação do estado mental e emocional.<sup>2</sup> Vários autores têm proposto um sistema de quantificação que considere a intensidade e a frequência da perda, através de uma graduação numérica da gravidade.<sup>29,45,50,70</sup> As escalas Índice da Incontinência Anal<sup>12,29,52,74</sup> e *Fecal Incontinence Severity Index*.<sup>50</sup> são as mais utilizadas nos ensaios clínicos.

Recentemente, a adoção de medidas centradas no paciente vem sendo discutida como fundamental para documentar como as doenças afetam os indivíduos e como as intervenções afetam as mesmas. A qualidade de vida e as estratégias de enfrentamento são formas de avaliar este efeito das doenças e vêm ganhando relevância nas publicações recentes. Portanto, o objetivo deste estudo foi revisar como a incontinência fecal afeta a qualidade de vida e que estratégias os indivíduos idosos usam para lidar com ela.

## METODOLOGIA

Foi realizada busca nos bancos de dados informatizados MedLine, Scielo, LILACS, PEDro, Cochrane, PsycINFO, sobre qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em

idosos com incontinência fecal. Foi usada como estratégia de busca: “*quality of life*” explode; “*coping*” explode; “*elderly*” ou “*older*” ou “*aging*”; “*fecal incontinence*”. As referências bibliográficas das pesquisas consultadas também foram usadas como levantamento de publicações referentes ao tema, bem como indicação de especialistas, associações profissionais e anais de eventos associados ao tema. As publicações foram selecionadas pelo título e/ou resumo. Não foi definido limite de data, idioma, tipo de estudo ou duração da IF.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada conforme proposto por Sackett *et al.*, e aquelas que não atenderam aos pressupostos mínimos foram excluídas.<sup>53</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Avaliação da Qualidade de Vida

O construto qualidade de vida foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”, tendo sido reconhecido como importante para a tomada de decisões clínicas, aprovação de novas intervenções, avaliação de programas e alocação de recursos.<sup>67</sup> Esse construto é caracterizado pela subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.<sup>24, 43, 61</sup>

Nos últimos anos, o resultado das intervenções passou a ser avaliado considerando

também a percepção dos pacientes em relação a seu bem-estar e expectativas, inclusive nos aspectos físico, social, emocional e ocupacional.<sup>5, 43, 74</sup> A avaliação da qualidade de vida tem sido discutida e apontada como um indicativo ético, profissional e econômico da otimização do diagnóstico e da eficiência do tratamento.<sup>5, 15, 24, 43, 49, 67</sup> Neste contexto, a utilização da avaliação de qualidade de vida nos aspectos que são relacionados ou afetados pela presença de doenças ou de tratamentos passou a ser denominada qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).<sup>15, 61</sup> Para a OMS, a avaliação da QVRS é essencial para a promoção e o cuidado de saúde numa concepção holística, em que o bem-estar do paciente é o objetivo principal.<sup>67</sup> Este conceito é apontado como um conjunto de medidas dos níveis da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela OMS.<sup>15</sup>

Rockwood discute a diferença da visão que o clínico e o paciente têm da IF.<sup>48</sup> Para o primeiro, o foco é a função esfinteriana e os resultados no controle da mesma, sendo estes divididos em primários (fisiológicos e comportamentais) e secundários (afetivos, sociais e cognitivos). Para o paciente, diversos aspectos da sua vida são influenciados pela disfunção esfinteriana, e medir este ponto de vista pode favorecer a busca de resultados centrados no paciente.

Para avaliar a QVRS, torna-se necessária a disponibilidade de medidas quantificáveis e reprodutíveis do impacto funcional, emocional e social da doença avaliada.<sup>5, 12, 54</sup> Instrumen-

tos genéricos e específicos de avaliação da qualidade de vida têm sido citados na literatura. Os questionários genéricos podem favorecer uma melhor comparação entre diferentes doenças, populações ou grupos, mas podem ser menos sensíveis para detectar mudanças menores ou mais específicas.<sup>14,48,49</sup> Os instrumentos específicos permitem avaliar particularmente o impacto da IF nos aspectos que podem ser mais influenciados por ela e, portanto, que podem demonstrar mudanças mais significativas.<sup>14,48</sup> A combinação dos dois tipos de instrumentos pode favorecer uma avaliação de diferentes aspectos da qualidade de vida.<sup>24</sup>

Para escolher o instrumento genérico a ser utilizado nos pacientes, é preciso considerar que a IF não causa dor e incapacidade física. Portanto, instrumentos de avaliação da qualidade de vida global podem ser mais apropriados que aqueles que avaliam a QVRS. Neste caso, opções de questionários genéricos já validados para a população brasileira poderiam ser o WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, indicados pela OMS.<sup>19,20,42</sup> Seguindo metodologia rigorosa, foi desenvolvido o *World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL-100). Com seis domínios, divididos em 24 facetas e pontuado numa escala do tipo Likert, o WHOQOL-100 pode ser muito extenso para determinadas aplicações, o que levou ao desenvolvimento de sua versão abreviada, o WHOQOL-BREF.<sup>20,67</sup> (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-BREF possui 26 questões, que compõem os domínios físico, psicológi-

co, relações sociais e meio ambiente, e pode ser auto-administrado, assistido ou aplicado pelo examinador. Foi adaptado para a língua portuguesa por Fleck *et al.*, apresentando propriedades psicométricas satisfatórias.<sup>20,67</sup> Recentemente, o *WHOQOL Group* desenvolveu um instrumento para avaliar a qualidade de vida em idosos (*WHOQOL-OLD*), considerando que instrumentos adequados para avaliar populações jovens podem não ser apropriados a esse grupo.<sup>21,42</sup>

Caso se prefira avaliar a QVRS, as versões do Medical Outcomes – Short Forms com 36<sup>40,48,74</sup> 20<sup>52</sup> e 12<sup>13,18</sup> itens são citadas na literatura para avaliação da qualidade de vida genérica de indivíduos com IF. O SF-36 foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli *et al.*<sup>10</sup> Trata-se de um questionário multidimensional, composto por 36 itens, divididos em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Seu resultado é apresentado na forma de um escore final que varia de 0 a 100, sendo zero o pior e 100 o melhor estado de saúde.<sup>10</sup> Embora suas propriedades psicométricas sejam satisfatórias e apesar de sua ampla utilização, alguns problemas na aplicação do SF-36 em idosos têm sido documentados: porcentagem significativa de itens perdidos, efeito chão e teto para alguns domínios e baixa responsividade às mudanças na condição de saúde.<sup>4,63</sup>

Duas escalas têm sido mais frequentemente citadas nos estudos para avaliação da QVRS de indivíduos com IF: o *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI)<sup>17</sup> e a *Fecal Quality of*

*Life Scale* (FIQL).<sup>49</sup> A primeira avalia a QVRS de pacientes com doença gastrointestinal, independentemente do acometimento ou do órgão envolvido, sendo apontado por alguns autores como um instrumento intermediário entre os genéricos e os específicos.<sup>12</sup> O GIQLI possui 36 questões com perguntas referentes ao efeito de diversos problemas, sintomas e doenças gastrointestinais na qualidade de vida. É pontuado em uma escala Likert de 5 pontos, com um escore total que representa a soma das respostas de cada pergunta.<sup>17</sup> Possui propriedades psicométricas adequadas e é utilizado em estudos sobre qualidade de vida e incontinência fecal.<sup>12,52,54</sup> Não foram encontrados estudos publicados sobre sua validação e adaptação para uso no Brasil.

O FIQL, indicado pela *American Society of Colon e Rectum Surgery*, foi desenvolvido para avaliar a QVRS de adultos com IF e foi validado para a população brasileira por Yusuf *et al.*<sup>74</sup> O FIQL é composto de 29 questões, divididas em quatro domínios – estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento, pontuados de 1 a 4. Tanto o instrumento original quanto a versão para uso no Brasil apresentam propriedades psicométricas adequadas.<sup>49,74</sup> É um instrumento específico, de linguagem simples, com tempo viável para aplicação, com boa aceitação e utilização na literatura.<sup>74</sup>

Os instrumentos específicos para avaliação da QVRS em indivíduos com IF consideram que o efeito dessa condição na qualidade de vida é semelhante em diferentes populações. Com relação à IF, as expectativas, experiências e estilo de vida são diferentes entre

uma jovem mãe e um homem idoso. Dessa forma, o enfrentamento e o efeito dessa disfunção na qualidade de vida das diversas faixas etárias devem ser pesquisados. Diante do exposto, os instrumentos propostos para medir a IF precisam ser sensíveis às necessidades do grupo estudado.<sup>48</sup> Não foram encontrados, na literatura pesquisada, instrumentos validados para a avaliação da qualidade de vida de idosos com IF. O contínuo desenvolvimento e refinamento de instrumentos específicos de avaliação da QVRS incluem desenvolver novos instrumentos para avaliar populações específicas ou construir módulos diferenciados de acordo com a população.<sup>48</sup>

Em 2001, Rothbarth *et al.*<sup>52</sup> avaliaram 35 mulheres com IF decorrente de trauma obstétrico, com média de idade de 54 anos, através do GIQLI, do *Short Form – 20* (SF-20) e do Índice da Incontinência Anal. Os autores encontraram valores significativamente menores no GIQLI e no SF-20 que os valores de referência para a população em geral, indicando impacto da incontinência para a qualidade de vida dessas pessoas. No Brasil, Santos & Silva<sup>56</sup> aplicaram a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan em 41 pacientes com IA e reportaram efeito dessa condição sobre a QVRS, especialmente no domínio relações com outras pessoas. Esses autores encontraram correlação significativa entre o escore de QVRS e a idade, a renda familiar, o sexo e o arranjo familiar.

O efeito da IF sobre a qualidade de vida dos idosos tem sido pouco investigado na literatura. O'Keefe *et al.* observaram que a presença de outras doenças crônicas não influen-

ciou o efeito da IF sobre os escores de QVRS.<sup>40</sup> Nos idosos incontinentes, os escores de qualidade de vida poderiam sofrer a influência de fatores associados à própria incontinência, como a gravidade, frequência e o uso de proteção ou de fatores mais gerais, como uso de medicamentos, doenças associadas, atividades realizadas e suporte social. Entretanto, nem o efeito da IF sobre a qualidade de vida de idosos, nem os fatores associados a este efeito estão claramente definidos na literatura.

Chang propõe um modelo conceitual de como as desordens gastrointestinais podem afetar a QVRS.<sup>9</sup> De acordo com o autor, variáveis relacionadas à doença, principalmente a gravidade dos sintomas, presença de dor e urgência são somados ao impacto psicossocial da mesma para determinar como a qualidade de vida será afetada. Os fatores psicossociais podem incluir: efeitos adversos da vida anteriores à doença, estresse na vida atual, características psicológicas, estratégias de enfrentamento e falta de apoio social. Essa interação poderia ser afetada ainda por sintomas extra-intestinais, como a fadiga.

Com base nos estudos revisados, os seguintes fatores poderiam se relacionar com a qualidade de vida de idosos ou adultos incontinentes fecais: sexo<sup>12,65</sup>; idade<sup>45,56</sup>; escolaridade<sup>14</sup>; emprego e condições de trabalho<sup>74</sup>; arranjo familiar<sup>16,39,56</sup>; constipação intestinal<sup>35</sup>; gravidade dos sintomas da IF<sup>3,7,33,38,50,70,74</sup>; tempo de duração dos sintomas<sup>12</sup>; condições de saúde associadas<sup>40</sup>; ansiedade e depressão<sup>26,38,74</sup>; incontinência urinária<sup>14,18</sup>; atividade sexual<sup>38,74</sup>; resultados da manometria anorretal.<sup>33,38</sup>

## Estratégias de Enfrentamento

Qualquer mudança na vida gera algum nível de estresse, cujos efeitos podem ser positivos, quando melhoram o desempenho da pessoa, ou negativos, quando ameaçam a capacidade do indivíduo no ambiente. A reação às mudanças varia de pessoa para pessoa e até no mesmo indivíduo, conforme o período de vida. As habilidades desenvolvidas para lidar com as situações de estresse e se adaptar a elas são denominadas estratégias de enfrentamento, em inglês *coping*. Elas são definidas como esforços cognitivos ou comportamentais intencionais para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa.<sup>1,57,68</sup>

A escolha da estratégia de enfrentamento depende do repertório individual, de experiências anteriores, do agente estressor e do contexto, incluindo o gênero, as condições de saúde, o tipo e a condição de controle do estressor, as crenças, as habilidades para solucionar problemas, o relacionamento conjugal, as habilidades e suporte social e os recursos materiais.<sup>1,57</sup> Dependendo da qualidade e da disponibilidade desses recursos, o indivíduo torna mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos do estresse.<sup>1</sup>

De acordo com a Teoria de Estresse e Enfrentamento,<sup>22</sup> o enfrentamento pode ser centrado no problema, com a função de controlar ou alterar o problema causador do estresse, através de seu manejo ou modificação, ou centrado na emoção, para adequar a res-

posta emocional ao problema, normalmente quando a condição não pode ser modificada.<sup>1,57,68</sup> O primeiro pode ser direcionado externa ou internamente, como a resolução de conflitos interpessoais e um pedido de ajuda a terceiros, ou a solução de problemas e planejamento. O enfrentamento centrado na emoção pode usar estratégias somáticas ou emocionais, como uso de cigarros ou tranqüilizantes, assistir à televisão ou praticar atividade física.<sup>1</sup> As duas formas de enfrentamento podem estar inter-relacionadas, já que uma estratégia pode ter efeitos indiretos na outra, ocorrendo numa relação dinâmica e recíproca.<sup>68</sup>

Outra classificação tem sido citada: o enfrentamento focado na aproximação ou no afastamento (*approach x avoidance*), cada um deles subdivididos em cognitivo ou comportamental. A aproximação refere-se a um enfrentamento ativo do agente estressor no sentido de alterá-lo ou eliminá-lo, enquanto o afastamento utiliza estratégias para evitar ou ignorar o problema.<sup>51</sup> O componente cognitivo do enfrentamento é definido como um esforço para mudar a percepção de um evento e o componente comportamental é considerado como qualquer tentativa de alterar a situação. A aproximação cognitiva consiste em estratégias de atenção usadas para reestruturar o problema de forma mais favorável; já no afastamento cognitivo, as estratégias refletem tentativas de minimização do evento estressante. A aproximação comportamental inclui as estratégias desenvolvidas para uma ação concreta visando a atingir diretamente a situação, e o afastamento comportamental,

estratégias para buscar alternativas que favoreçam a aceitação da situação.<sup>51</sup>

Há diferentes formas de identificar e medir o enfrentamento; dentre elas, as medidas do estilo de enfrentamento, que se referem principalmente à personalidade e maneira típica de cada indivíduo lidar com o estresse e as medidas das estratégias de enfrentamento, que visam a compreender o que as pessoas fazem ou pensam em situações estressantes.<sup>57</sup>

Dois questionários para avaliar as estratégias de enfrentamento foram validados para uso no Brasil: o Inventário de Estratégias de *Coping*<sup>59</sup> e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas<sup>62</sup>. O primeiro é um questionário com 66 itens, envolvendo pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com um evento estressante específico, em escores que variam da zero a três de acordo com a frequência em que a estratégia foi utilizada. Esta escala é subdividida em oito domínios: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.<sup>22</sup> Foi adaptada para o português em 1996, por Savoia *et al.*<sup>59</sup>, que descreveram algumas de suas propriedades psicométricas. O Inventário de Estratégias de *Coping* é amplamente utilizado na literatura nacional e internacional, tanto em doenças psiquiátricas quanto numa variedade de doenças viscerais e em diferentes grupos de pacientes, tipos sociais e profissionais.<sup>47,58,60</sup>

A escala Modos de Enfrentar Problemas possui 57 itens, divididos em oito domínios:

focalização no problema, pensamento positivo, busca de apoio social, religiosidade, esquiva, pensamento fantasioso/deliberativo, autculpa e culpabilização dos outros. As respostas são pontuadas numa escala do tipo Likert de 4 pontos. As respostas são divididas em foco no problema e na emoção. Os estudos brasileiros utilizando essa escala reportam algumas limitações psicométricas que ainda precisam ser esclarecidas.<sup>62</sup>

É importante discutir ainda os desfechos decorrentes da estratégia de enfrentamento.<sup>51</sup> Uma meta apontada por Pucheu *et al.* para a pesquisa das estratégias de enfrentamento de uma doença é identificar que mecanismos de enfrentamento geram melhor convivência ou resolução de um problema específico.<sup>46</sup> De acordo com Roesch & Weiner, mudanças nos indicadores de saúde somática ou psicológica podem resultar da forma de enfrentamento adotada, sendo citados: a redução do estresse emocional, refletido em medidas de depressão ou estresse; a resolução do conflito ou situação estressante; o funcionamento social normal; a redução das reações psicológicas ou bioquímicas; o retorno às atividades pré-estresse; e a manutenção de uma auto-avaliação positiva.<sup>51</sup>

Alguns autores têm apontado ainda que atitudes que favorecem uma melhor aderência ao tratamento ou desfechos mais favoráveis em doenças específicas podem ser consideradas estratégias de enfrentamento mais adaptativas.<sup>44,46</sup> Determinadas estratégias de enfrentamento podem ainda mediar a relação estressor-doença, favorecendo o contro-

le ou o agravamento da doença, o que, segundo Roesch & Weiner, reforça a importância da avaliação dessas estratégias em diferentes doenças.<sup>51</sup> Em pacientes com câncer, determinadas estratégias de enfrentamento favorecem uma redução da morbidade e da mortalidade relacionada à doença, após ajustamento com outras variáveis.<sup>47</sup>

A relação entre qualidade de vida e enfrentamento é discutida por Xavier *et al.*, que consideram que a qualidade de vida depende da interpretação emocional que o indivíduo dá aos fatos e eventos.<sup>73</sup> No campo da saúde física, tal relação se refletiria na grande variabilidade com que as pessoas lidam com suas capacidades de enfrentar as limitações físicas e doenças, e seria baseada nas percepções e valores que cada um dá à sua condição de saúde. Portanto, duas pessoas com a mesma condição de saúde poderiam ter QVRS muito diferentes, devido a seus aspectos subjetivos e à forma como encaram a doença.<sup>6</sup>

Na insuficiência renal crônica, o enfrentamento focado no problema não se associou à qualidade de vida, e o enfrentamento focado na emoção apresentou correlação negativa com os escores mentais da escala de QVRS, enquanto as condições clínicas da patologia não se associaram aos escores de QVRS.<sup>46</sup> Uma metanálise realizada em 2001<sup>51</sup> demonstrou que indivíduos que consideraram sua doença como sendo controlada internamente, instável e controlável usaram estratégias de enfrentamento focadas na aproximação ou na emoção e estavam mais bem ajustados que indivíduos que consideravam sua saúde con-

trolada por fatores externos ou casuais e a doença incontável e estável. Esse resultado sugere uma relação entre a estratégia de enfrentamento adotada e o *locus de controle* da saúde, que se refere às crenças do indivíduo quanto a quem controla sua condição de saúde. Tal medida pode ser atribuída a fatores internos à pessoa, à fatores externos ou ao acaso.<sup>72</sup>

O enfrentamento pode variar com a idade e com as mudanças das condições de vida e das experiências.<sup>73</sup> Em idosos, o enfrentamento do próprio envelhecimento parece depender de fatores objetivos da vida da pessoa e da interpretação subjetiva de sua condição. Portanto, as variáveis internas, como suas atitudes emocionais diante dos fatos da vida, e as variáveis externas, como os recursos ambientais e financeiros, poderiam determinar uma qualidade de vida positiva ou negativa na velhice.<sup>73</sup> Trentini *et al.* avaliaram de forma qualitativa como os idosos enfrentam as condições crônicas de saúde, sendo identificadas como principais estratégias: ter fé em Deus, buscar ajuda da família e de outras pessoas, trabalhar, freqüentar grupos de idosos, cuidar da estética e do corpo, buscar tratamento médico e rejeitar as perdas naturais conseqüentes do envelhecimento.<sup>68</sup>

Na IF, Miner aponta que as estratégias de enfrentamento adotadas podem incluir ficar sempre próximo ao banheiro, utilizar roupas extras e apropriadas para que o absorvente não fique nítido, de cor escura para não permitir a visualização de manchas e fáceis de retirar, além de carregar roupas sobressalentes para o caso de trocas.<sup>38</sup> Entretanto, na literatura pesquisa-

da, não foram encontradas pesquisas sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos com IF, nem suas possíveis relações com a qualidade de vida desses pacientes.

## CONCLUSÃO

A discussão das questões levantadas anteriormente está de acordo com a tendência atual da intervenção baseada em evidências, cujas justificativas se baseiam em estudos de boa qualidade metodológica sobre as medidas de avaliação e intervenção utilizadas na prática clínica. Antes da proposição de uma intervenção para minimizar os efeitos de uma doença sobre a vida de um paciente, é necessário compreender as alterações que essa doença causa nas estruturas e funções do corpo, bem como seus efeitos sobre as atividades e a participação social de um indivíduo e suas relações com a família e o ambiente.<sup>25,42,55,69</sup>

A avaliação dos construtos discutidos pode contribuir para a compreensão da relação entre os níveis propostos na CIF em idosos com IF e direcionar uma sistematização do processo de avaliação que pode contribuir para uma intervenção mais efetiva e para enriquecer o corpo de teorias das profissões envolvidas no cuidado de idosos incontinentes.<sup>25,34,42,69</sup>

Esta revisão confirma a necessidade de mais estudos sobre o modo como a IF afeta os idosos e como os mesmos lidam com essa disfunção. Uma possível adaptação psicológica e comportamental à incontinência, traduzida pelas formas de enfrentamento da

doença pelos idosos e pela aceitação da mesma como inerente ao processo de envelhecimento, confirma a necessidade de uma investigação mais detalhada da questão.<sup>14</sup>

Nesta revisão de literatura não foram encontrados trabalhos que avaliem a associação das medidas qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos incontinentes para fezes. Um adequado dimensionamento do problema pode contribuir para que os vários profissionais que prestam assistência ao idoso, se não forem capazes de restabelecer a continência, possam direcionar suas abordagens terapêuticas para o restabelecimento da qualidade de vida e para uma melhor forma de enfrentamento dessa condição.

## NOTAS

- <sup>a</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela SBBG e pela PUC-MG, Mestre em Ciências da Reabilitação (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG, Brasil
- <sup>b</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela SBBG, Doutora em Ciências da Reabilitação (UNIFESP). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: rcd@ufmg.br
- <sup>c</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela SBBG, Doutora em Ciências Biológicas (UFMG). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: leanismp.bh@terra.com.br

## REFERÊNCIAS

1. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira, DR. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia 1998 jul/dez; 3(2): 273-94
2. Barbosa JMM, Marques LM. Incontinência Anal. In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
3. Barbosa JMM, et al. Estudo da relação entre qualidade de vida e gravidade da incontinência anal. In: Anais do 15º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 2006, Goiânia. Goiânia: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2006. p.215, n. 426.
4. Brazier JE, et al. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. Quality of Life Research 1996; 5: 195-204.
5. Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. Ciência Saúde Coletiva 2000; 5(1): 163-77.
6. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experiences? BMJ 2001; 332: 1240-43.
7. Cavanaugh M, Hyman N, Osler T. Fecal incontinence severity index after fistulotomy: a predictor of quality of life. Diseases of Colon e Rectum 2002; 45(3): 349-53.
8. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 1997; 31(2): 35-43.
9. Chang L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2004; 20 (suppl 7): 31-9.
10. Ciconelli RM, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia 1999; 39(3):143-50.

11. Cooper Z, Rose S. Fecal Incontinence: a Clinical Approach. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2000; 67(2): 96-105.
12. Damon H, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality of life. *Gastroenterologie Clinique et Biologique* 2006; 30:37-43.
13. Damon H, Dumas P, Mion F. Impacto of anal incontinence and chronic constipation on quality of life. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28(16):16-20.
14. Dugan E, et al. The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and conditions specific predictors. *Qual Life Res* 1998; 7: 337-44.
15. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health – related quality of life measurement. *Social Science and Medicine* 1995; 41(10):1383-94.
16. Edwards NI, Jones D. The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. *Age Ageing* 2001; 30: 503-7.
17. Eypasch E, et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg* 1995; 82: 216-22.
18. Fialkow MF, et al. The functional and psychosocial impact of fecal incontinence on women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(1): 127-9.
19. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. *Ciência Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 33-8.
20. Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):178-83.
21. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003 37(6): 793-9.
22. Folkman S, et al. Appraisal, coping health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50(3): 571-9.
23. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24 (supl1):3-6.
24. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
25. Herbert RD, et al. Evidence-based practice – imperfect but necessary. *Physiotherapy Theory and Practice* 2001; 17: 201-11.
26. Heymen S. Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126:126-46.
27. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; Diretoria de Pesquisa; 2002.
28. Johanson JK, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol* 1996; 91(1):33-6.
29. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and Management of Fecal Incontinence. *Diseases of Colon and Rectum* 1993; 36: 77-97.
30. Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors. *The Medical Journal of Austrália* 2002; 21(176): 54-7.
31. Kamm M. Faecal Incontinence. *British Medical Journal* 1998; 316(14): 528-34.
32. Kok ALM, et al. Urinary and faecal incontinence in community-resident elderly women. *Age and Ageing* 1992; 21: 211-5.

33. Lehur PA, et al. Comparasion of quality of life and anorectal function after artificial sphincter implantation. *Diseases of Colon e Rectum* 2002; 45(4): 508-13.
34. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso dos serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 735-43.
35. Lopes MC, et al. Prevalência da incontinência anal no idoso: estudo epidemiológico com base na população atendida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Regime Ambulatorial. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo* 1997; 52: 1001-12.
36. Meschia M, et al. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 100: 719-23.
37. Messelink B, et al. Standardization of Terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction: Report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 2005; 24: 374-80.
38. Miner P. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126: 8-13.
39. Nelson R, et al. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995; 274(7): 559-61.
40. O'Keefe EA, et al. Bowel disorders impair functional status and quality of life in elderly: a population based study. *The Journals of Gerontology* 1995; 50(4): 184-9.
41. Organização Mundial de Saúde – Divisão de Saúde Mental – Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Porto Alegre, RS:Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.[ acesso 2006 nov 15] Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>
42. Organização Mundial de Saúde, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: OMS: Direção Geral de Saúde; 2003.
43. Pascoal SMP. Qualidade de vida do idoso – elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [mestrado] São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado em Medicina, Faculdade de Medicina; 2000. 268 p.
44. Pereira MEMSM, Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2005; 63(.2B): 502-7.
45. Perry S, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 2002; 50: 480-4.
46. Pucheu S, et al. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *J Psychosom Res* 2004; 56: 317-22.
47. Reynolds P, et al. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the black/white cancer survival study. *Am J Epidemiol* 2000; 152(10): 940-9.
48. Rockwood T. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126:106-13.
49. Rockwood TH, et al. Fecal Incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Diseases of Colon and Rectum* 2000; 43: 9-17.

50. Rockwood TH, et al. Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence – The Fecal Incontinence Severity Index. *Diseases of Colon and Rectum* 1999; 42:1525-32.
51. Roesch SC, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *J Psychosom Res* 2001; 50: 205-19.
52. Rothbarth J, et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? *Diseases of Colon e Rectum* 2001; 44(1): 67-71.
53. Sackett DL, et al. *Medicina baseada em evidências – prática e ensino*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
54. Sailer M, et al. Quality of Life in Patients with Benign Anorectal Disorders. *British Journal of Surgery* 1998; 85: 1716-19.
55. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2002; 6(3): 113-8.
56. Santos VLCG, Silva AM. Qualidade de Vida de Pessoas com Incontinência Anal. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 2002; 22(2): 98-108.
57. Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica* 1999; 26 (2).
58. Savóia MG, Bernik M. Adverse life events and coping skills in panic disorder. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo* 2004; 59(6): 337-40.
59. Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP* 1996; 7(1/2):183-201.
60. Scazufca M, Kuipers E. Coping Strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry* 1999; 174(2)154-8.
61. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. Concepción 2003; 2: 9-21.
62. Seidl EMF, et al. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2001; 17(3): 225-34.
63. Stadnyk K, Calder J, Rockwood K. Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51(10): 827-35.
64. Stenzelius K, et al. Symptoms of urinary and faecal incontinence among women and men 75+ in relation to health complaints and quality of life. *Neurology and Urodynamics* 2004; 23(3): 211-22.
65. Teunissen TAM, et al. Prevalence of Urinary, Fecal and Double Incontinence in the Elderly Living at Home. *International Urogynecology Journal* 2004; 15, p. 10-3.
66. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-8.
67. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 17(10):1403-9.
68. Trentini M, et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005; 13(1): 38-45.
69. Ustun TB, et al. The International Classification of Functioning and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil* 2003; 25(11): 565-71.
70. Vaizey CJ, et al. Prospective Comparison of Fecal Incontinence Grading Systems. *Gut* 1999; 44:77-80.

71. Wald A. Constipation and Fecal Incontinence in the Elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 1990; 19 (2):405-18.
72. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC Scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess* 1994; 63(3): 534-53.
73. Xavier FMF, et al. Elderly People's Definition of quality of Life. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003; 25(1): 31-9.
74. Yusuf SAI, et al. Avaliação da Qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arquivos de Gastroenterologia* 2004; 41(3): 202-8.

Recebido em: 01/12/2006  
Aceito: 18/6/2007



A **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado, de periodicidade quadrimestral, que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano.

#### (a) CATEGORIAS DE TRABALHOS

**Artigos originais:** são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35)

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios - vide tópico (g).

**Revisões:** síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada. (Máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

**Atualizações:** trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo. (Máximo de 3.000 palavras e 25 referências)

**Relatos de caso:** prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista. (Máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

**Resenhas:** resenha crítica de livros e trabalhos relacionados ao campo temático da revista, publicados nos últimos dois anos. (Máximo de 1.500 palavras e 10 referências).

**Comunicações breves:** relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados. Máximo de 10 referências e uma tabela/figura).

#### (b) AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada um, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

#### (c) APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS – FORMATO E PARTES

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Serão aceitos em português, espanhol ou inglês. Encaminhar uma cópia impressa e uma em disquete ou CD (que não serão devolvidos).

**Texto:** preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte *Arial* tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. **Tabelas:** deverão ser preparadas em folhas individuais e separadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e sua localização no texto deve ser indicada. Preferencialmente, não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. A cada uma se deve atribuir um título breve. **Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. **Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário e indicadas por asterisco.

**Página de título contendo:** (a) *Título* completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) *Autores:* devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e respectivas instituições, e indicar o autor para correspondência. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex: .... trabalhou na concepção e na redação final e ..... na pesquisa e na metodologia). (c) *Agradecimentos* (d) *Conflito de interesses:* declarar a inexistência ou existência de conflito de interesses de cada autor (e) *Trabalhos subvencionados* indicar o agente financiador e respectivo número de processo.

**Resumo:** os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

**Palavras-chave:** indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

**Corpo do artigo:** os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. **Introdução:** deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. **Metodologia:** deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. **Resultados:** devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. **Discussão:** deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. **Conclusão:** apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

**Pesquisa envolvendo seres humanos:** o trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinkí, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte Metodologia constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento.

**Agradecimentos:** podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

**Referências:** Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências, listadas em ordem alfabética. As citações ao longo do texto devem ser identificadas no próprio texto.

Exemplos de Referências estão ao final das “orientações”.

#### **(d) AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS**

Os manuscritos que atenderem à normalização conforme “Orientação aos Autores” serão submetidos à avaliação de dois consultores integrantes do Grupo de Assesores da revista, para avaliação do mérito. O procedimento de avaliação por pares (*peer review*) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: aceitação integral, aceitação com reformulações ou recusa integral. Em quaisquer desses casos o autor será comunicado.

No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

#### **(e) AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

## Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Título do manuscrito:

---

### 1. Declaração de responsabilidade:

- Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno público minha responsabilidade pelo seu conteúdo.
- Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas, entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo.
- Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou foi enviado a outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

### 2. Transferência de Direitos Autorais:

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.

### 3. Conflito de interesses

Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Data, assinatura e endereço completo de **todos** os autores

### (f) PERMISSÃO DE REPRODUÇÃO

É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, da UERJ/UnATI/CRDE, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, em conformidade com a legislação sobre Direitos Autorais.

### (g) NOTA

“O periódico Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo”.

**(h) REFERÊNCIAS**

As referências bibliográficas devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. A identificação das **referências no texto, nas tabelas e figuras** deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente.

Exemplos de referências

**1. AUTORES**

**Um autor** – inicia-se pelo último sobrenome do autor, em caixa baixa, utilizado também para sobrenomes compostos seguido das iniciais dos prenomes, sem espaço nem pontuação entre as iniciais.

Camões L.

Saint-Exupery A.

Oliveira Filho C.

**Até três autores** – mencionam-se todos, na ordem em que aparecem na publicação, separados por vírgula.

Matos C, Soares F, Calvo Hernandez I.

**Mais de três autores** – indicação de um, seguido da expressão *et al.*

Santos MC, *et al.*

**Vários autores**, com um responsável destacado (organizador, coordenador, compilador etc.) – entrada pelo nome do responsável, seguido da abreviatura da palavra que indica o tipo de responsabilidade.

Teitel S, coordenador

Barnes J, editor.

**Obra publicada sob pseudônimo** – adotar o pseudônimo e quando o nome verdadeiro for conhecido indicá-lo entre colchetes.

Tupynambá M, [Fernando Lobo]

**2. REFERÊNCIAS POR TIPO DE MATERIAL** (documentos considerados no todo e partes de documentos)

**Livros e folhetos** - Autor. Título: subtítulo. Edição. Local de publicação (cidade): Editora; ano de publicação. Número de páginas

Bornheim G. Introdução ao filosofar: o pensamento filosófico em bases existenciais. 3. ed. Porto Alegre: Globo; 1976. 117 p.

**Capítulos de livro** - Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Local de publicação (cidade): editora; ano de publicação. Páginas inicial e final do capítulo.

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

**Periódicos (revistas, jornais etc. na íntegra)** - Título da publicação ano mês dia; n° do volume (n° do fascículo): total de páginas ou paginação do volume referenciado.

Revista Brasileira de Medicina 2006 nov; 63(11): 551-619.

**Artigos de revista** - Autor. Título: subtítulo do artigo. Título do periódico ano mês; n° do volume (n° do fascículo): páginas inicial e final.

Moura AS. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência & Trópico* 1983 jan./jun; 11(1): 71-8.

**Artigos de jornal** - Autor. Título do artigo. Título do jornal ano mês e dia; Título do caderno, seção ou suplemento, páginas inicial e final.

Coutinho W. O Paço da Cidade retorna ao seu brilho barroco. *Jornal do Brasil* 1985 mar. 6; Cad B: 6.

**Fascículos de periódico** - Tema do fascículo /Título do fascículo, suplemento ou n° especial / Título do Periódico ano e mês. n° do volume (n° do fascículo).

As 500 maiores empresas do Brasil / Edição especial / Conjuntura Econômica 1984 set. 38( 9)

**Trabalhos apresentados em congressos** - Autor do trabalho. Título: subtítulo. In:Tipo de publicação do Congresso (Anais, Resumos) N° do Congresso Nome do Congresso, ano mês dia, local de realização (cidade). Local de publicação: editora; ano. Páginas inicial e final do trabalho.

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. In: Resumos do 7º Congresso Brasileiro de Ornitologia 1998, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE; 1998. p. 60.

**Entrevista** - A entrada para entrevista é feita pelo nome do entrevistado. Para referenciar entrevistas gravadas, faz-se descrição física de acordo com o suporte adotado. Nome do entrevistado. Título. Referência da publicação. Nota da Entrevista.

Mello EC. O passado no presente. Veja 1998 set 4: 1528: 9-11. Entrevista concedida a João Gabriel de Lima.

**Dissertação e Tese** - Autor. Título: subtítulo. [Indicação de dissertação ou tese] Local: Instituição, nome do curso ou programa da faculdade e universidade; ano da defesa.

Nascimento MAA. As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos-BA: eliminar, reduzir ou convalidar? [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo; 1997.

**Eventos (Congresso, conferência, encontro etc.)** - Tipo de publicação do evento (Anais, Resumos) número do evento Nome do Evento; ano, local de realização (cidade). Local de publicação (cidade): Editor, ano de publicação. Número de páginas ou volume.

Anais do 3º Seminário Brasileiro de Educação; 1993; Brasília. Brasília: MEC; 1994. 300 p.

**Documento eletrônico** - Autor. Título: subtítulo. Edição. Local de publicação (cidade): ano. Número de páginas ou volume (série) - se houver. Disponível em URL: <http://.....>

Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: 2002. 146 f. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

**Dicionário e Enciclopédia** - Autor. Título: subtítulo. Edição. (se houver) Local: Editora; data. Número de páginas ou volume.

Ferreira AB H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. 1838 p.

Enciclopédia Mirador Internacional. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil; 1995. 20 v.

**Legislação** - Lei nº....., Ementa. data completa (ano mês abreviado dia). Nome da publicação volume ( fascículo), data da publicação (ano mês abreviado dia). Nome do caderno, páginas inicial e final.

Lei nº 10.741 Estatuto do Idoso 2003 out 1. Pub DO 1(1), [Out 3 2003] .

**Programas de Televisão e de Rádio** - Tema. Nome do programa. Cidade: nome da TV ou Rádio, data da apresentação do programa. Nota especificando o tipo de programa (TV ou rádio)

Um mundo animal. Nosso Universo. Rio de Janeiro: GNT; 4 de ago. 2000. Programa de TV.

**CD-ROM** - Autor. Título. Edição. Local de publicação (cidade): Editora, data (ano). Tipo de mídia.

Almanaque Abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1998. 1 CD-ROM

**E-mail** - (as informações devem ser retiradas, sempre que possível, do cabeçalho da mensagem recebida)

Nome do remetente. Assunto. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <e-mail do destinatário> em (data de recebimento).

Biblioteca Central da UFRGS. Alerta. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <bibfaced@edu.ufrgs.br> em 20 jun. 2005.

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The **Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology** succeeds the publication *Texts on Ageing*, created in 1998. It is a specialized periodical, issued each four months, which publishes scientific papers on Geriatrics and Gerontology, and whose aim is to contribute to deepen questions on human ageing.

### (a) MANUSCRIPTS CATEGORIES

**Original articles:** reports on original manuscripts aimed to divulge unpublished research results on important themes in the field of study, structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion, though other formats may be accepted (up to 5,000 words, excluding references, tables and figures. References should be limited to 35).

For original article acceptance enclosing randomized controlled trials and clinical trials the identification number of register of the trials will be requested - vide topical (g).

**Review articles:** critical synthesis of available knowledge on a specific theme, containing literature review and conclusions. System of data collection must be specified (up to 5,000 words and 50 references).

**Updates:** descriptive and interpretative works based on recent literature concerning the global situation in which a certain investigative or potentially investigative issue is found. (up to 3,000 words and 25 references).

**Case reports:** priority is given to significant reports of multidisciplinary and/or practical interest, related to the Journal's thematic field (up to 3,000 words and 25 references).

**Reviews:** critical review of books and works related to the Journal's thematic field, published in the past two years (up to 1,500 words and 10 references).

**Short reports:** short descriptions of research or professional experience with methodologically appropriate evidence. Reports that describe new methods or techniques will also be considered (up to 1,500 words, excluding references. Up to 10 references and one table/figure).

### (b) AUTHORSHIP

The concept of authorship is based on the contribution by each one, in regard to the conception and design of the research project, acquisition or analysis and interpretation of data, drafting and critical review, etc. The inclusion of names of authors whose contribution does not meet the above criteria is not justifiable, and in such case, their names should appear in "Acknowledgements". Individual contributions of each author must be specified. Authors must obtain written authorization by all people mentioned in the acknowledgements, since one may infer that these can subscribe the content of the manuscript.

### (c) MANUSCRIPTS PRESENTATION – STRUCTURE

Manuscripts should be exclusively submitted to the *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*. The Journal welcomes papers written in Portuguese, Spanish or English. Documents must be delivered with a printed copy and in a CD-ROM or diskette (3.5"). This material will not be returned to authors.

**Text:** typewritten on one side of 21x29,7 cm white paper (A-4 format), double-spaced throughout, font *Arial* size 12, 3 cm margins. All pages must be numbered. Tables: must be presented in separate archives, individually printed in separate sheets, consecutively numbered in Arabic numerals. Their insertion in the text must be indicated. Avoid repetition in graphs of data already presented in tables. Tables should have no internal horizontal or vertical lines; charts must have open borders. Each figure must have a short title. **Images:** authors are responsible for the quality of all figures (drawings, illustrations and graphs), which must be delivered in a high-quality print, in black-and-white and/or gray, in the original software (Excel, Corel etc.) or in 300 dpi when non-editable. **Footnotes:** used as fewer as possible; must be indicated by an asterisk.

**Front page:** (a) *Title:* Must contain the article's complete title, in Portuguese or Spanish, and in English, and short title for the other pages. A good title allows immediate identification of the article's theme. (b) *Authors:* should be cited as authors only those who really took part in the work and will have public responsibility for its content. Give full names and addresses of all authors, including e-mails and institutional affiliations, indicating the author in charge of all correspondence. Individual contributions must be specified (e.g.: ..... conceived the study and led the final writing and ..... assisted with the research and methodology). (c) *Acknowledgments.*

(d) Conflicts of interest: authors must disclose all possible conflicts of interest of each author (e) For works receiving grants, please indicate supporting agency and respective process number.

**Abstract:** articles should be submitted with an abstract from 150 to 250 words. Articles written in English should have an abstract in Portuguese, besides the English one. For original papers, abstracts should be structured as follows: objectives, methods, results and most relevant conclusions. For the remaining categories, abstract should be structured as a narrative containing the same information. No quotations are allowed in the abstracts.

**Key words:** indicate between 3 and 6 terms which best describe the contents of the paper, using Bireme's DeCS/MeSH terminology, available at <<http://www.bireme.br/decs>>.

**Text:** papers that present investigations or studies must be structured as follows: introduction, methods, results, discussion and conclusions. Introduction: must contain the work's objective and justification; its importance, scope, blanks, controversies and other data considered relevant by the authors. It should be as concise as possible, except for manuscripts classified as Review Article. **Methods:** must contain a description of the studied sample and data on the investigation's instrument. For studies involving human beings authors must mention the existence of a free informed term of consent presented to participants after approval by the Ethics Committee at the institution where research was carried out. **Results:** must be presented in a concise and clear manner, with self-explanatory tables or figures which present statistical analysis. Avoid repetition of data already included in the text. **Discussion:** must explore the results, presenting the author's own experience and other observations already reported in literature. Methodological difficulties can be presented in this item. Conclusion: must present relevant conclusions in relation to the paper's objectives, indicating ways for the continuation of the research work.

**Research involving human subjects:** the paper should be approved by the Ethics Committee of the institutions where the research was carried out and should be conducted in full accordance with ethical principles and provisions of the Declaration of Helsinki, besides meeting the legal requirements. The last paragraph in Methods item should contain a clear statement to this effect.

**Acknowledgements:** should be made to institutions and individuals whose effective collaboration helped the development of the work, in an up-to-five lines paragraph.

**References:** All cited references should be listed at the end of the paper in alphabetical order. Quotations along the text should be identified along the text. Examples of references can be found in the end of these instructions.

#### **(d) MANUSCRIPTS EVALUATION**

Manuscripts that meet the requirements of the "Instructions to authors" are sent out for peer review by two members of the Journal's Advisory Committee, for merit evaluation. For peer review, the identity of both authors and reviewers are anonymous.

Reviewers' reports can indicate either integral acceptance; acceptance with suggestions or full refusal. Authors will always be communicated of the reviewer's assessment, whatever it is.

In the process of editing and adequacy of manuscripts to the Journal's style, the editors can make either structural, orthographic or grammatical changes in the text before its publication.

#### **(e) AUTHORIZATION FOR PUBLICATION AND COPYRIGHT TRANSFER**

Authors should attach to the manuscript, a cover letter transferring the editorial rights, as follows:

## Declaration of responsibility and copyright transfer

Title of manuscript:

---

### 1. DECLARATION OF RESPONSIBILITY:

I certify my participation in the work above mentioned and I take public my responsibility for its content.

I certify that I have not omitted any agreement with people, entities or companies to whom the publication of this article might be of interest.

I certify that the manuscript represents original work and that neither this manuscript nor one with substantially similar content under my authorship has been published or is being considered for publication elsewhere, either in print or in electronic format, except as described as an attachment.

### 2. COPYRIGHT TRANSFER:

I declare that, should the article be accepted for publication, the *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology* will hold its copyright, which shall become the exclusive property of the *Journal*, and that any reproduction is prohibited, whether total or partial, without the due acknowledgment to the *Journal*.

### 3. Conflicts of interest

I attest that there are no conflicts of interest concerning this manuscript.

Date, signature and complete address of **all** authors.

### (f) REPRODUCTION PERMISSION

Articles published by UERJ/UnATI/CRDE's *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology* can be totally or partially reproduced, but due acknowledgement shall be taken to the author(s) and to the Journal, according to the Copyright legislation in force.

### (g) NOTE

"*Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology* follows the policies of the World Health Organization (WHO) and of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) for clinical trial registration, recognizing the importance of those initiatives for international dissemination of information on clinical research, in open access. Accordingly, only articles of trials previously registered in one of the Clinical Trial Registries that meet WHO and ICMJE requirements will be accepted for publication, starting in 2007. The list of registries accepted by WHO and ICMJE is available in ICMJE site. The trial registration number should be published at the end of the abstract."

### (h) REFERENCES

References must be alphabetically ordered, numbered and organized according to the Vancouver style. References in the text, tables and figures must be identified by Arabic numerals, corresponding to the respective number in the references list. This number must be superscript.

Examples of references

## 1. AUTHORS

**One author** – name and initials of the author, with first letter capitalized. If an author's two family names are to be given, they will be joined by a hyphen.

Camões L.

Saint-Exupery A.

Oliveira Filho C.

**Up to three authors** – all should be mentioned, in the order they appear in the publication, separated by commas.

Matos C, Soares F, Calvo Hernandez I.

**More than three authors** – only the first one should be listed followed by “et al”.

Santos MC, et al.

**Several authors**, with one editor or compiler as author – enter the name of the editor/compiler, followed by an abbreviation of the word indicating his duty.

Teitel S, coordenador

Barnes J, editor.

**Work published under pseudonym** – use the pseudonym, and when the real name is known, indicate it under brackets.

Tupynambá M, [Fernando Lobo]

## 2. REFERENCES ACCORDING TO TYPE OF MATERIAL (documents considered as a whole and parts of documents)

**Books and brochures** - Author. Title: subtitle. Edition. City of publication: Publisher; year of publication. Number of pages.

Bornheim G. Introdução ao filosofar: o pensamento filosófico em bases existenciais. 3. ed. Porto Alegre: Globo; 1976. 117 p.

**Book chapters** - Author of the chapter. Title of the chapter. In: Author of the book. Title of the book. City of publication: Publisher, year of publication. Initial and final page of the chapter.

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 125-136.

**Periodicals (journals, newspapers etc.)** - Title of publication year month day; number of volume (number of fascicle): pages.

Revista Brasileira de Medicina 2006 nov; 63(11): 551-619.

**Journal articles** - Author. Title: subtitle of the article. Title of the journal, year month; number of volume (number of fascicle):: initial and final page.

Moura AS. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência & Trópico* 1983 jan./jun; 11(1): 71-8.

**Newspaper articles** - Author. Title of the article. Title of the newspaper, year month and day; Title of section or supplement, initial and final page.

Coutinho W. O Paço da Cidade retorna ao seu brilho barroco. *Jornal do Brasil* 1985 mar. 6; Cad B: 6.

**Periodical fascicles** - Theme of the fascicle / Title of the fascicle, supplement or special issue / Title of the periodical year and month. Number of the fascicle, publisher, number of volume, number of fascicle.

As 500 maiores empresas do Brasil / Edição especial / *Conjuntura Econômica* 1984 set. 38( 9)

**Papers published in congress proceedings** - Author of the paper. Title: subtitle. In: Type of publication of the Congress (Annals, Summaries) Number of the Congress Name of the Congress, year month day, city of realization. City of publication: Publisher; year. Initial and final page of the paper.

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. In: Resumos do 7º Congresso Brasileiro de Ornitologia 1998, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE; 1998. p. 60.

**Interviews** - Entry is given by the interviewer's name. For recorded interviews, physical description is made according to the type of media. Name of Interviewee. Title. Reference of publication. Note of the Interview.

Mello EC. O passado no presente. *Veja* 1998 set 4: 1528: 9-11. Entrevista concedida a João Gabriel de Lima.

**Dissertations and Theses** - Author. Title: subtitle. City: Institution, year. Number of page or volume. Indication of dissertation or thesis, name of the course or program, institution or university, city and year of defense.

Nascimento MAA. As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos-BA: eliminar, reduzir ou convalidar? [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, 1997.

**Event (Congress, conference, meeting etc.)** - Type of publication of the Congress (Annals, Summaries) number of the event Name of the Event; year, city of realization. City of publication: Publisher, year of publication. Number of pages or volume.

Anais do 3º Seminário Brasileiro de Educação; 1993; Brasília. Brasília: MEC; 1994. 300 p.

**Document in electronic format**

Author. Title: subtitle. Edition. City of publication: year. Number of pages or volume (series – if any). Available at: URL: <http://.....>

Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: 2002. 146 f. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em URL: <http://www.unati.uerj.br>

**Dictionaries and Encyclopedias** - Author. Title: subtitle. Edition. (if any) City: Publisher, date. Number of pages or volume.

Ferreira AB H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

Enciclopédia Mirador Internacional. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1995. 20 v.

**Legislative references** - Law nº ....., Menu complete date (year shortened month day). Name of the publication volume (fascicle), date of the publication (year shortened month day). Name of brochure, initial and final pages.

Lei nº 10.741 Estatuto do Idoso 2003 out 1. Pub DO 1(1), [Out 3 2003].

**TV and Radio Broadcasts** - Theme. Name of program. City: name of TV or Radio, date of presentation. Note specifying type of broadcast (TV or radio).

Um mundo animal. Nosso Universo. Rio de Janeiro, GNT, 4 August 2000. TV Broadcast.

**CD-ROM** - Author. Title. Edition. City where published: Publisher, date (year). Type of media.

Almanaque Abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1998. 1 CD-ROM.

**E-mail** - (information should be given, whenever possible, by the message's heading)

Name of sender. Subject. [personal message]. Message received by <receiver's e-mail> on (date of receipt).

Biblioteca Central da UFRGS. Alerta. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <bibfaced@edu.ufrgs.br> em 20 jun. 2005.

**Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2007; 10(2): 147-160*****Página / Page: 147****Autoras / Authors:* Marion Creutzberg, Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Emil Albert Sobottka, Beatriz Regina Lara dos Santos***Onde se lê / Here it reads***

\* As autoras são pesquisadoras que integram o Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade de Caxias do Sul. A pesquisa contou com a colaboração das bolsistas de Iniciação Científica: Nives Silva Sirena (CNPq) e Lisiane Besutti (BIC-UCS).

\* The authors are researchers at the Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade de Caxias do Sul [Nucleus for Studies on the Elderly, Caxias do Sul University]. The following graduation fellows participated in the research: Nives Silva Sirena (CNPq) and Lisiane Besutti (BIC-UCS).

***Leia-se / It should read***

\* Artigo baseado em categoria de análise da Tese de Doutorado “A Instituição de Longa Permanência para Idosos e sua relação com o Sistema Societal: uma análise na perspectiva da Teoria de Sistemas de Niklas Luhmann”, defendida no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

\* Paper based on the analysis category of the doctorate thesis entitled “Elderly’s long-term institutions and their relation with societal system: an analysis under the perspective of Niklas Luhmann’s Systems Theory”, defended at the Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS [Geriatrics and Gerontology Institute, Rio Grande do Sul Pontifical University].

