



# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

Volume 13. Número 3. set.-dez./2010

ISSN 1809-9823

UnATI  
UERJ





# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

Volume 13. Número 3. setembro-dezembro/2010. 201p.

**Editor / Editor**

Renato Peixoto Veras

**Editores Associados / Associated Editors**

Célia Pereira Caldas

Shirley Donizete Prado

**Editor Executivo / Executive Editor**

Conceição Ramos de Abreu

**Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board**

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

Anabela Mota Pinto - Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal

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

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

Carina Berterö - Linköping University, Linköping - Suécia

Catalina Rodriguez Ponce - Universidad de Málaga, Málaga - Espanha

Eliane de Abreu Soares - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ - Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Normalização / Normalization**

André Felipe Gama Tupiniquim

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

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

**Colaborações / Contributions**

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

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

**Assinaturas / Subscriptions**

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

Subscription or exchange orders should be addressed to the journal.

**Correspondência / Correspondence**

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

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

**Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**

UERJ/UnATI/CRDE

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

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

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

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

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

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

DOAJ - Directory of Open Access Journals

EDUBASE -Unicamp, São Paulo, Brasil

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos

**APOIO FINANCEIRO / FINANCIAL SUPPORT**

## Sumário / Contents

**Editorial / Editorial**

A MULTIPLICIDADE DE TEMAS E ABORDAGENS NA ÁREA DA GERIATRIA E GERONTOLOGIA 347

Multiple themes and approaches in the field of Geriatrics and Gerontology

*Renato Veras*

**Artigos Originais / Original Articles**

O CUIDADO DO IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 349

Care of the elderly in the family context: the perception of the family health team

*Maria Marta Marques de Castro Borges, José Luiz Telles*

PESQUISA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: CONTRIBUIÇÕES NECESSÁRIAS E POSSÍVEIS 361

Research in long term care institution: necessary and possible contributions

*Marion Creutzberg, Lúcia Hisako Takase Gonçalves*

AVEIRO: CIDADE AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS!? 369

Aveiro: An age-friendly city!?

*Hélia Centeio Sandra Dias, Susana Rito, Gonçalo Santinha, Henrique Vicente, Liliana Sousa*

FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE DE IDOSOS COM INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO 383

Risk factors for mortality of elderly with surgical site infection

*Maria Helena Lenardt, Susanne Elero Betioli, Mariluci Hautsch Willig, Tânia Maria Lourenço, Nathalia Hammerschmidt Kolb Carneiro, Dámarys Kohlbeck de Melo Neu*

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS 395

Quality of life of institutionalized elderly

*Mariana Ayres Vilhena de Freitas, Marcos Eduardo Scheicher*

QUEDAS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: OCORRÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS 403

Falls of institutionalized elderly: occurrence and associated factors

*Daniela Cristina Lojudice, Milton Roberto Laprega, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Antônio Luis Rodrigues Júnior*

A ALIMENTAÇÃO DE IDOSOS SOB VIGILÂNCIA: EXPERIÊNCIAS NO INTERIOR DE UM ASILO 413

Food for elderly under surveillance: Experiences inside an asylum

*Renata Borba de Amorim Oliveira, Renato Peixoto Veras, Shirley Donizete Prado*

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA: QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADES FÍSICAS E TEMPO DE PRÁTICA EM MULHERES IDOSAS 425

Level of physical activity: international physical activity questionnaire and time of practice in older women

*Maria Angélica Binotto, Adriano Ferreti Borgatto, Sidney Ferreira Farias*

COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE IDOSOS QUE PARTICIPAM E IDOSOS QUE NÃO PARTICIPAM DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA NA CIDADE DE ITABIRA-MG 435

Comparison of quality of life among elderly that participate and do not participate of senior conviviality groups in the city of Itabira-MG, Brazil

*Edelves Alves de Almeida, Gleison Dias Madeira, Paula Maria Machado Arantes, Mariana Asmar Alencar*

## Sumário / Contents

PERCEPÇÃO DE FALA EM IDOSOS: ANÁLISE DOS ERROS Speech perception in the elderly: errors analysis <i>Lucila Leal Calais, Iêda Chaves Pacheco Russo, Alda Christina Lopes de Carvalho Borges</i>	445
AVOSIDADE: VISÕES DE AVÓS E DE SEUS NETOS NO PERÍODO DA INFÂNCIA Grandparenthood: viewpoints of grandmothers and their grandchildren during childhood <i>Alessandra Ribeiro Ventura Oliveira, Lucy Gomes Vianna, Carmen Jansen de Cárdenas</i>	461
PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA A RESPEITO DA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA EM TERESINA-PI Perceptions of the professionals of the health of the family regarding the attention to the elderly in Teresina-PI, Brazil <i>Maria do Socorro Silva Alencar, Ana Lívia Ibiapina Leite, Sammia Valeska Ferreira Memória, Josyléia Martins Sales de Sousa</i>	475
<b>Artigo de Revisão / Review Article</b>	
INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA DO IDOSO: UMA REVISÃO Tools for assessing the pharmacotherapy of the elderly: a review <i>Juliana Vasconcelos Quinalba, Cassyano Januário Correr</i>	487
<b>Artigo de Atualização / Atualization Article</b>	
ATENÇÃO INTEGRAL NO CUIDADO FAMILIAR DO IDOSO: DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA Comprehensive health care in family care for the elderly: challenges for gerontological nursing in the context of the family health strategy <i>Marilene Rodrigues Portella</i>	501
<b>Artigos de Reflexão / Reflexion Articles</b>	
A COMPLEXIDADE DO CUIDADO NA PRÁTICA COTIDIANA DA ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA The complexity of care on gerontogeriatric nursing in the daily practice <i>Lúcia Hisako Takase Gonçalves</i>	507
PROGRAMAS INTERGERACIONAIS: QUÃO RELEVANTES ELES PODEM SER PARA A SOCIEDADE BRASILEIRA? Intergenerational programs: How important are they to Brazilian society? <i>Lucia Helena de Freitas Pinho França, Alcina Maria Testa Braz da Silva, Márcia Simão Linhares Barreto</i>	519
<b>Comunicação Breve / Brief Communications</b>	
DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA CLÍNICO-FUNCIONAL PARA CASOS COMPLEXOS Development of a clinical-functional scale for complex cases <i>Esterão Alves Valle, Paulo Magno do Bem Filho, Ana Beatriz de Pinho Barroso, Sérgio Adriano Loureiro Bersan</i>	533

## A multiplicidade de temas e abordagens na área da Geriatria e Gerontologia

*Multiple themes and approaches in the field of Geriatrics and Gerontology*

Chegamos ao último número do ano de 2010 da *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* – RBGG. Podemos observar a consolidação não só da área do envelhecimento humano, mas também da Revista.

O número de artigos recebidos e, principalmente, a qualificação dos autores e as temáticas variadas dos artigos confirmam esta minha afirmação. Hoje a RBGG está presente em todos os congressos, encontros, jornadas e seminários da área, e os autores são de vários estados brasileiros, o que vem a confirmar que ela é um instrumento científico difundido em todo o país.

Neste número, algumas das principais conferências da VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica estão entre os artigos apresentados. Neles são discutidos temas de importância para a constituição das políticas públicas de saúde que vêm sendo implantadas pelo Ministério da Saúde. A importância da equipe de saúde no contexto do idoso é algo que não pode faltar ao debate contemporâneo no Brasil. Do mesmo modo, pois achamos que o campo do envelhecimento é muito amplo e que nenhum tema deve ser descartado, discute-se também em mais de um artigo o papel das instituições de longa permanência. O asilamento é tema extremamente controverso, mas que não pode deixar de ser enfrentado por aqueles que trabalham na área.

E em outra perspectiva, de política macro e integrativa, uma das propostas mais exitosas da Organização Mundial de Saúde quando da gestão do brasileiro Dr. Alexandre Kalache – que é a criação de espaços mais adequados para a inclusão dos idosos na cidade, sob todos os aspectos, consubstanciada na bandeira Cidade Amiga dos Idosos –, também está presente neste número da RBGG. O artigo que apresenta este tema vem de Portugal, o que vem reforçar a importância desta discussão, pois temas relevantes são universais e todos os países têm a aprender com as experiências bem-sucedidas.

A contribuição da epidemiologia na determinação dos fatores de risco também faz parte da preocupação dos pesquisadores da área, e é aqui apresentada em um artigo que traz dados do risco da mortalidade em idosos submetidos a cirurgias abdominais.

A variedade de tópicos é enorme; este número cobre questões sobre nutrição, atividade física, centro de convivência, a fala e as dificuldades de alguns vocábulos, farmacoterapia, entre outros assuntos abordados. Mas como estamos tratando de uma área em que a multiplicidade de saberes se faz necessariamente presente, em uma revista que tem esta visão do todo, sempre se encontram outros temas, como, por exemplo, a visão dos avós e de seus netos. Este é um assunto novo, pois com a ampliação do tempo de vida, cada vez mais se

observa o aumento do número de anos que as pessoas vivem com seus avós. Neste sentido, os programas intergeracionais se ampliam e contribuições qualificadas são também discutidas neste número da Revista.

Procurei apresentar, aqui, um panorama dos manuscritos e apresentar ao o leitor da RBGG a imensidade de assuntos estimulantes que compõem o presente número da Revista. O compromisso da UnATI é uma formação integral e a qualificação dos profissionais da área, e este número da RBGG reflete nossa preocupação em trazer para todos que militam na área do envelhecimento humano muitas informações de campos e perspectivas diversas, pois compreendemos que o geriatra e o gerontólogo devem ter uma preocupação bastante ampla.

A UnATI e a RBGG esperam que este número da *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* reafirme o nosso compromisso pedagógico de uma formação ampla e qualificada. E aproveito que estamos na reta final do ano para desejar a todos um feliz 2011.

Renato Veras  
Editor da RBGG e Diretor da UnATI/UERJ



# O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família\*

*Care of the elderly in the family context: the perception of the family health team*

Maria Marta Marques de Castro Borges<sup>1</sup>  
José Luiz Telles<sup>1</sup>

## Resumo

Pesquisa qualitativa que utilizou estudo de caso e análise de conteúdo. Originalmente, teve como objetivo apreender o significado do cuidado domiciliário, na percepção dos profissionais de saúde da família, e suas interações com a família cuidadora de pessoas idosas dependentes. O objetivo deste artigo foi apresentar a experiência no cuidado domiciliário e as dificuldades a partir da percepção dos profissionais de saúde da família. Foi realizada na Região Metropolitana do Vale do Aço, Minas Gerais, nas cidades de Ipatinga, Timóteo, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso. Havia 54 equipes cadastradas na região e a amostra foi composta por 75 profissionais de saúde da família, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE e estavam atuando na equipe implantada há mais de um ano, após aprovação do gestor municipal. Os resultados apontaram que, na experiência da equipe, o cuidado domiciliar ao idoso dependente é realizado quando o mesmo se encontra num estágio de comprometimento da capacidade funcional mais avançado. Os profissionais apresentaram dificultadores como a demanda aumentada da USF, transporte insuficiente e equipe incompleta, e ainda se sentem despreparados para esse cuidado. Apresenta-se a necessidade de investimento dos gestores na educação continuada da equipe de saúde da família na área de geriatria e gerontologia, para que os profissionais deem conta de atender às necessidades dessa crescente população de idosos, que pode desenvolver fragilidade e comprometer sua autonomia e independência.

## Palavras-chave:

Assistência Domiciliar.  
Idoso Fragilizado. Saúde da Família.

## Abstract

Qualitative study that used case study and content analysis. Originally aimed to grasp the meaning of home care, in the perception of health of the family, and their interactions with family caregivers of elderly dependents. This paper aims to present the experience in home care and the difficulties from the viewpoint of family health

<sup>1</sup> Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Brasília, DF, Brasil

\* Texto-referência para a conferência proferida pelo Dr. José Luiz Telles na VII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, em 14/4/2010, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

professionals. It was conducted in the Metropolitan Region of Vale do Aço, Minas Gerais state, Brazil, in the cities of Ipatinga, Timóteo, Coronel Fabriciano and Santana do Paraíso. There were 54 teams registered in the region and the sample comprised 75 family health workers, nursing assistants, nurses, doctors and nurses, who agreed to participate in the study, signed the Informed Consent and were part of the staff for over one year after approval by the city manager. The results indicated that, according to the team's experience, home care for dependent elderly is performed when they are in a more advanced stage of impaired functional capacity. The subjects reported hindering the increased demand of USF, inadequate transport and incomplete team, and still feel unprepared for this care. There is the need for investment of managers in the continuing education of family health team in the area of geriatrics and gerontology for professionals to help them meet the needs of this growing elderly population, which may develop weakness and compromise their autonomy and independence.

**Key Words:** Home Nursing. Fragile Elderly. Family Health.

## INTRODUÇÃO

Considerando a mudança do perfil etário da população, o Brasil apresentou, em 2007, o crescimento mais acentuado do grupo de pessoas com 75 anos ou mais de idade. As mulheres são maioria nesse grupo, numa razão de 79 homens para cada 100 mulheres<sup>1</sup>. Estima-se que 10 a 25% dos idosos acima dos 65 anos e 46% daqueles acima dos 85 anos, que vivem na comunidade, são pessoas frágeis<sup>2</sup>.

O termo *fragilidade* é utilizado em gerontologia e geriatria para indicar uma condição que possui maior prevalência nas pessoas mais idosas, do sexo feminino<sup>3,4,5</sup>, predispondo-as ao maior risco de eventos adversos, como a queda, e consequentemente, de hospitalização, declínio na sua funcionalidade com possibilidade de institucionalização e morte<sup>3,6</sup>.

Apesar disso, não há consenso sobre o conceito de fragilidade e não existe ainda validação para os critérios de avaliação da síndrome<sup>3,5,7</sup>. Mas a definição com que os profissionais da geriatria concordam, em um estudo brasileiro sobre as definições de fragilidade em idosos, apontou como uma "condição multifatorial de vulnerabilidade" possuindo o idoso diversas patologias e necessidade de uso de várias medicações e algum nível de dependência funcional e cognitiva. Consideraram que há possibilidade de prevenção, identificação e tratamento dos sintomas, mas que leva à maior morbidade e mortalidade<sup>7</sup>. Desta

forma, a detecção precoce da fragilidade é determinante para intervenções precoces e, portanto, previne situações de maior debilidade física e funcional<sup>8</sup>.

No grupo de idosos frágeis, a possibilidade de desenvolver dependência e incapacidade está aumentada, tornando-se a dependência uma consequência da fragilidade. Portanto, considerando que a fragilidade é uma condição progressiva, para uma parcela desses idosos a referência poderá ser tardia, quando se identifica a perda funcional<sup>6,9</sup>. Não há discordância, entre os pesquisadores, sobre o impacto negativo da fragilidade para as pessoas idosas e suas famílias, especialmente aos cuidadores e também para a sociedade como um todo<sup>5</sup>.

Devido a dificuldades econômicas e deficiências das políticas sociais<sup>10,11</sup>, nem sempre os muito idosos recebem a ajuda necessária da família, mesmo apresentando alguma incapacidade, e também não recebem apoio suficiente do Estado, sendo muitos deixados em situação de desamparo<sup>10</sup>.

Considerando que as pessoas idosas, em condições de fragilidade ou de maior vulnerabilidade, não comparecem com tanta frequência aos serviços de saúde, a modalidade de atenção domiciliar deve ser planejada, pela Estratégia de Saúde da Família, garantindo o vínculo com o sistema de saúde<sup>12</sup>. A responsabilidade da família se soma com o papel do Estado na promoção, proteção e recuperação

da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, o modelo de cuidado domiciliário defendido na política do idoso demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e é dependente do suporte informal familiar<sup>13</sup>. A assistência domiciliar com enfoque gerontológico deve ter em vista a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado, em especial daqueles mais fragilizados e mesmo os sem perspectiva terapêutica de cura, atendendo a suas necessidades, contribuindo para melhorar sua qualidade de vida<sup>12,13,14</sup>. A utilização deste espaço ocorre devido à necessidade de atender a demandas como a assistência individualizada, segurança e privacidade, redução das iatrogenias, maior controle da tomada de decisão, maior envolvimento da família e cliente com o planejamento e a execução do cuidado<sup>12,15</sup>.

Desta forma, os profissionais necessitam aprofundar no conhecimento de suas relações e estar habilitados para compreender o significado desse cuidado e compartilhar essas funções com o cuidador e familiares, dando-lhes assessoria para que possam dar conta das novas tarefas. Portanto, cabe aos profissionais de saúde apoiar a família, fortalecendo-a e orientando-a conforme suas necessidades<sup>16</sup>.

Apesar da existência de legislação específica<sup>13</sup> abordando o cuidado domiciliar, as equipes da saúde da família encontram dificuldades e não estão preparadas para essa atividade no seu processo de trabalho<sup>14</sup>, como bem define a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Há escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento específico na área do envelhecimento e na saúde da pessoa idosa<sup>13</sup>. Tal situação acaba por produzir ações descoordenadas e mesmo intervenções inoportunas ou iatrogênicas. Assim, é necessária a qualificação profissional para aperfeiçoamento desse modelo de atenção<sup>9,15</sup>, redefinição das responsabilidades de cada esfera de governo, para a adequação de infraestrutura de atendimento, implementação de

recursos tecnológicos e estabelecimento de regras de gestão, organização e financiamento do sistema<sup>17</sup>.

A questão de estudo que se apresenta é se os profissionais de saúde da família estão preparados para assistir a família cuidadora na dinâmica do processo de cuidar do idoso frágil, no contexto domiciliar, considerando as interações familiares.

Portanto, o objetivo deste artigo foi apresentar a experiência no cuidado domiciliário e as dificuldades, a partir da percepção dos profissionais de saúde da família e das suas interações com a família cuidadora de pessoas idosas dependentes.

## MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa tem característica qualitativa e utilizou-se da modalidade de estudo de caso, pretendendo ampliar o conhecimento sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado domiciliar aos idosos dependentes.

A pesquisa foi realizada na Região Metropolitana do Vale do Aço, leste de Minas Gerais, considerando sua característica de conurbação, abrangendo as cidades de Ipatinga, Timóteo, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso.

O foco da pesquisa foi a atenção básica e, portanto, consideraram-se as equipes de saúde da família destes municípios para coleta de dados, que ocorreu de julho a agosto de 2009. Foram identificadas 54 ESFs no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e 50 equipes possuíam mais de um ano de implantação<sup>18</sup>.

A pesquisa foi realizada com os sujeitos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família da região metropolitana com mais de um ano de implantação, por entender que a partir deste período as equipes já tiveram a oportunidade de conhecer a população da área de abrangência e definir sua estratégia de trabalho.

Essa região possuía 454.053 habitantes e sua população idosa foi de 40.399 habitantes,

representando 8,89% da população total, sendo 22.997 habitantes de 60 a 69 anos, 12.558 habitantes de 70 a 79 anos e 4.844 habitantes com 80 anos e mais<sup>19</sup>.

A população do estudo foi de 210 profissionais de Saúde da Família, incluindo os enfermeiros, médicos da família, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Os agentes comunitários de saúde não fizeram parte da população do estudo, pois não são os profissionais diretamente ligados ao cuidado dos idosos. Dessa maneira, o universo da pesquisa ficou constituído por 75 profissionais, sendo três auxiliares de enfermagem, 29 enfermeiros, 20 médicos e 23 técnicos de enfermagem, que agendaram horário para entrevista e aceitaram participar.

O projeto de pesquisa foi apresentado aos gestores municipais de saúde dos municípios da Região Metropolitana do Vale do Aço, com a assinatura do termo de autorização. Foram feitos os esclarecimentos sobre a pesquisa, a justificativa, objetivos e procedimentos a serem utilizados e os cuidados éticos e apresentado o parecer n.º CEP/UCB O55/2009, do Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília.

Após contato telefônico com os gerentes das USF, foram agendados visita e encontro com os profissionais, conforme a disponibilidade de atendimento, sendo realizados os esclarecimentos. Após aceitarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de retirada da participação se o solicitassem, e de sigilo e anonimato. Os dados que se referiram ao perfil foram preenchidos pelo entrevistado na presença do pesquisador, e os formulários foram separados por categoria profissional sem a identificação dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas, utilizando-se MP4 I-modio 2Gb, seguindo um roteiro de perguntas, e depois foram transcritas na íntegra.

Os cuidados éticos do estudo se fundamentaram nas definições da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>20</sup>.

A análise dos dados primários foi realizada mediante a técnica de análise do conteúdo, e para

a tabulação quantitativa foi utilizada a estatística descritiva simples.

Das categorias definidas no roteiro previamente preparado para atingir os objetivos a que se desejava chegar, identificaram-se as subcategorias a partir das unidades de registro que representaram o conteúdo das falas dos sujeitos da pesquisa e, após transcrição na íntegra, foram apresentadas nas unidades de contexto, sendo realizada limpeza dos vícios de linguagem para a utilização das falas no texto.

Do conteúdo das entrevistas, após leituras repetidas, foram extraídas as unidades de significação, apresentando-se a experiência dos sujeitos da pesquisa em relação ao cuidado domiciliar aos idosos dependentes e os fatores dificultadores desse cuidado.

## RESULTADOS

Identificou-se inicialmente o perfil dos profissionais participantes da pesquisa. Os sujeitos foram os profissionais da saúde dos municípios da Região Metropolitana do Vale do Aço, trabalhadores das unidades de Saúde da Família, sendo que os auxiliares de enfermagem foram três (4%), todos do município de Ipatinga; os enfermeiros foram 29 (38,7%) e os médicos foram 20 (26,6%). Os técnicos de enfermagem foram 23 (30,7%).

Quanto ao tempo de formação, três (15%) médicos tinham menos de um ano de formados; 38 (50,6%) profissionais estavam na faixa de 1 a 4 anos de formação; 20 (26,6%), de 5 a 10 anos, e 14 (18,6%) tinham mais de 10 anos de formação.

Em relação ao tempo de atuação nas USF, 36 (48%) profissionais estavam na faixa de 1 a 4 anos na mesma equipe, sendo 16 (55%) enfermeiros, nove (45%) médicos e 11 (47,8%) técnicos de enfermagem. Destaca-se que oito (40%) médicos e sete (30,4%) técnicos de enfermagem estavam há menos de um ano na equipe.

Os conteúdos foram organizados e apresentados de acordo com as seguintes

categorias: a) experiências vivenciadas no cuidado domiciliar; b) relações com os familiares; c) avaliação da estrutura e funcionalidade familiar; d) atividades específicas para idosos; e) fatores facilitadores do cuidado domiciliar; f) fatores dificultadores do cuidado domiciliar; e g) significado do cuidado domiciliar a esses idosos dependentes.

Serão apresentados neste artigo os resultados referentes a experiências no cuidado domiciliar ao idoso dependente e os fatores dificultadores desse cuidado.

Considerando a experiência no cuidado domiciliar, os profissionais expressaram três subcategorias, como: educação; dependência do idoso e organização do trabalho.

A ação educativa, abordada por 62 (82,6%) dos entrevistados, foi organizada em unidades de significação, compreendendo: orientações aos idosos e familiares quanto ao uso de medicamentos e alimentação, quanto ao conforto e higiene, tratamento de feridas e prevenção de infecção e quanto à reabilitação, sendo esta abordagem com baixa ocorrência, com apenas dois (2,6%). As abordagens inespecíficas foram excluídas da análise.

A dependência do idoso foi abordada por 42 (56%) entrevistados e identificou-se a realização de visita domiciliar para idosos acamados – portanto, com mobilidade física prejudicada. Este comprometimento foi apresentado como critério de inclusão no cuidado domiciliar. Na organização do trabalho, 37 (49,3%) profissionais abordaram este aspecto, e o acompanhamento das patologias agudas e crônicas foi mais destacado.

Os fatores dificultadores para o cuidado domiciliar aos idosos dependentes foram apresentados por 72 (96%) sujeitos da pesquisa, com maior variabilidade das respostas. Destacaram-se três subcategorias: aspectos relacionados às famílias; à organização do modelo assistencial e à gestão.

Considerando os aspectos relacionados às famílias, foram identificadas as relações familiares

negativas e maus-tratos, com 37 (49,3%); a baixa condição socioeconômica, com 23 (30,6%) ocorrências; a falta de organização familiar em 17 (22,6%); idosos que moram ou ficam sozinhos e o estresse dos cuidadores, ambos com 13 (17,3%) sujeitos abordando a questão.

Nos aspectos relacionados à organização do modelo assistencial, destacou-se a demanda espontânea aumentada nas USFs, com 24 (32%), e a falta de organização da referência e contrarreferência, que obteve 19 (25,3%) ocorrências.

Quanto aos aspectos relacionados à gestão, a disponibilidade insuficiente de transporte foi abordada por 43 (57,3%) profissionais; recursos humanos insuficientes, por 14 (18,6%); e deficiência de capacitação da equipe, que foi identificada por 12 (16%) sujeitos da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Os enfermeiros representaram o maior percentual da amostra, não havendo motivo específico para esta ocorrência; já em relação aos auxiliares de enfermagem, que representaram o menor percentual, considera-se que há hoje uma redução gradativa da categoria, pela possibilidade de acesso à qualificação no Vale do Aço. No entanto, os técnicos de enfermagem do município de Ipatinga são lotados nas equipes como auxiliares de enfermagem, conforme confirmado pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>18</sup>.

Os profissionais do município de Ipatinga representaram o maior percentual da amostra para todas as categorias, sendo o fato explicado pelo maior número de equipes cadastradas.

Destaca-se o número de médicos e técnicos de enfermagem com menos de um ano de atuação na equipe, podendo-se inferir um período curto de experiência profissional.

Em relação a sua experiência nesse cuidado domiciliar, os profissionais se referiram às

orientações para atender às necessidades básicas e de tratamento, independentemente de o usuário ser ou não idoso, conforme exemplificado:

*“[...] a gente tenta enfocar mais em relação aos cuidados específicos aos acamados mesmo, o colchão, virar a posição, alimentação, as vezes é o próprio cuidado do ambiente, a gente percebe que o ambiente não está adequado, que não está ventilado e que não tá higiênico”. (M 44)*

Entende-se que o cuidado domiciliar implica compreender o contexto social, econômico e cultural dessas famílias, que envolve as modificações dos hábitos e seus significados perante a dinâmica familiar. Portanto, cuidar é mais que orientar. Cuidar é se comprometer com o outro e se responsabilizar<sup>21</sup>.

Destaca-se que os profissionais apontaram a eventualidade do cuidado domiciliar, conforme o discurso apresentado:

*“[...] às vezes eu passo três, quatro quartas-feiras sem ver ninguém sabendo que existe.” (M 39)*

A eventualidade do cuidado sugere baixa densidade do vínculo, que é um componente essencial na ESF e, por conseguinte, compromete o princípio da integralidade. Estes dois conceitos fundamentam a organização do serviço e a renovação das práticas que valorizam o cuidado e que consideram o usuário, aqui representado pela pessoa do idoso, como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades<sup>22</sup>.

Destaca-se a relação feita pelos profissionais quanto ao grau de dependência do idoso e a necessidade do cuidado domiciliar. Este cuidado está direcionado aos idosos com mobilidade física comprometida, que não conseguem comparecer à unidade, estando comumente acamados, conforme apontado:

*“[...] o primeiro contato que a gente teve foi com os idosos acamados, a nossa preocupação era visitar esses idosos acamados, até com o pedido da família mesmo.” (E 1)*

O critério para inclusão do usuário na modalidade do cuidado domiciliar estabelece o

desenvolvimento de algum grau de dependência, incluindo o comprometimento da mobilidade e permitindo a organização do cuidado para aqueles que necessitam<sup>2</sup>. No entanto, os usuários desta região metropolitana se apresentam numa condição de acamados quando recebem esse cuidado, encontrando-se num grau de dependência mais avançado. Pode-se inferir, portanto, que a assistência domiciliar tem ocorrido de forma tardia, pois quando se considera a perda da independência para a realização das intervenções, o grau de comprometimento desses idosos pode já estar adiantado<sup>3,6</sup>. É sabido que as pessoas idosas frágeis que mais se beneficiam das intervenções no cuidado domiciliar são as que ainda não são dependentes ou as que apresentam dependência inicial e estão em risco de progredir<sup>23</sup>. Quanto mais tardia a intervenção, maior será o risco de morte.

Na organização do trabalho da equipe, percebe-se o acompanhamento para controle das patologias crônico-degenerativas e para o tratamento de doenças agudas, ficando evidente no discurso apresentado:

*“[...] o idoso hoje a gente vê ele mais no contexto da doença mesmo, quando ele vem e procura a gente com um motivo de doença.” (M 30)*

Desta forma, identifica-se uma incoerência na percepção dos sujeitos em relação à proposta da Estratégia de Saúde da Família. Da forma como apresentam sua experiência, constata-se semelhança com o modelo assistencial das UBS tradicionais, centrado na doença e na intervenção médica<sup>24</sup>.

Trazendo o raciocínio da gerontologia e geriatria e as recomendações previstas na Política de Assistência ao Idoso, o modelo do cuidado está pautado na avaliação da funcionalidade, considerando a capacidade de autocuidado, a saúde física e mental, as condições socioeconômicas e ainda seu suporte social. A abordagem de consenso é que esta deverá ser ampla e que o foco não seja somente na doença, mas sim com uma visão integral da pessoa idosa, tendo a Estratégia de Saúde da Família ou a UBS como porta de entrada no SUS<sup>9,25</sup>. Em suma, os profissionais

devem estabelecer como objetivo o desenvolvimento de ações que visem à manutenção da capacidade funcional do idoso, almejando plena habilidade física e mental, garantindo sua autonomia e independência<sup>13,25</sup>.

Para tanto, recomenda-se utilizar de instrumentos técnicos validados na captação do idoso e de sua família para o sistema de saúde, permitindo a identificação precoce dos seus problemas. Desta forma, o idoso será referenciado adequadamente com organização do atendimento e a priorização do cuidado para aqueles que mais necessitam<sup>2,26,27</sup>.

Ressalta-se que a Estratégia de Saúde da Família é um avanço na organização dos serviços de saúde e sua proposta busca a integração com a comunidade numa atuação interdisciplinar com compartilhamento dos saberes e otimização das ações da equipe<sup>22</sup>.

Os sujeitos da pesquisa destacaram as interações familiares negativas com referências aos maus-tratos com os idosos como um dos fatores dificultadores do cuidado domiciliar, conforme o discurso apresentado em relação aos aspectos da família:

*“[...] a gente vê muita, muito abandono do idoso, muita negligência com relação ao idoso principalmente dentro da própria família.” (M 35)*

Pessoas idosas, de todas as classes socioeconômicas, etnias e religiões, são vulneráveis aos maus-tratos, que podem ocorrer de várias formas, como: física, sexual, emocional e financeira, incluindo a negligência e o abandono<sup>28,29,30</sup>.

O cuidado com o idoso dependente, segundo o Estatuto do Idoso, é de responsabilidade da família<sup>31</sup>. E mesmo com a ocorrência de violência no ambiente domiciliar, este é o local de escolha deles para permanecer quando necessitam de cuidados<sup>32</sup>. Portanto, espera-se que os profissionais da saúde da família se envolvam mais com as questões ligadas a violência, pois o pouco envolvimento se correlaciona ao fato de considerarem que é uma questão particular e portanto, da competência familiar<sup>28</sup>.

Conforme estabelecido no Estatuto do Idoso, compete ao profissional denunciar às autoridades os fatos que se configuram como negligência, omissões e maus-tratos, para que tomem providências para proteção dos idosos e punição dos infratores.<sup>28,31</sup>

A baixa condição socioeconômica, a falta de organização familiar, com a ausência do cuidador, e idosos morando ou permanecendo sozinhos a maior parte do tempo, ou cuidadores apresentando dificuldades de manutenção deste papel, também foram apontados como fatores dificultadores. Apresenta-se exemplo constatado pelos profissionais:

*“[...] a dificuldade financeira, neste bairro é uma situação de imensa dificuldade, imensa.” (M 41)*

Sabe-se que a organização dos serviços na modalidade de Saúde da Família tem ocorrido primeiramente nas regiões com condições socioeconômicas mais precárias<sup>24,33</sup>, e constatou-se, na pesquisa, que os idosos frágeis sobrevivem com poucos recursos pessoais e sociais. Esta situação demonstra que o cuidado domiciliar formal se torna insuficiente para a qualidade de vida dessas pessoas.

No entanto, nem sempre o setor público está preparado para situações que surgem devido à falta de alternativas para o atendimento às necessidades desses idosos, como os profissionais apontaram:

*“[...] chama o Conselho do Idoso, e chama isso, chama aquilo, e as coisas não vão acontecer, isto frustra a gente demais.” (M 37)*

Evidencia-se a necessidade de desenvolver novas formas de apoio formal aos cuidadores familiares, exercidas por instituições públicas ou privadas, e também para dar suporte aos profissionais da atenção básica, quando se deparam com os idosos que não possuem o suporte familiar ou não o recebem.

A situação apresentada pelos profissionais suscita a necessidade de gerar locais, equipamentos e técnicas que favoreçam o bem-estar dos idosos e dos que respondem por eles, garantindo

qualidade na assistência ao idoso em situação de vulnerabilidade e, ainda, mantendo a saúde de quem cuida<sup>29,30</sup>.

Com relação à demanda aumentada, apontada como um dificultador, sabe-se que compromete a qualidade do cuidado domiciliar e interfere no planejamento do mesmo. No entanto, as estratégias de organização da oferta dos serviços prestados pelos profissionais da ESF são semelhantes às da UBS tradicional, com agendamento utilizado como recurso operacional para ordenar as demandas apresentadas pela população e pautada em programas de controle de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão e diabetes<sup>24</sup>. Destacou-se a seguinte fala:

*“[...] dificulta mais ir as visitas é o fato da demanda aqui no posto ser muito grande. Eu tenho uma demanda muito grande de pacientes que vem na segunda-feira de manhã fazer o acolhimento e quando são muitos os pacientes que a gente não dá conta de atender acaba que às vezes a gente marca pra tarde, então a gente deixa às vezes de fazer a visita pra poder atender a demanda, porque se eu saio pra visita eu vou atender dois, três acamados, quatro no máximo e se eu fico aqui, eu consigo atender quinze pessoas, então acaba que às vezes isso acontece mesmo.” (M 44)*

A formação dos profissionais ainda apresenta um caráter centrado na doença e a Estratégia de Saúde da Família da região apresenta uma lógica de atendimento que prioriza produtividade, influenciando na organização do trabalho e interferindo na assistência ao idoso frágil.

Outro dificultador apresentado foi a falta de organização da referência e contrarreferência. Segundo o princípio da regionalização, os gestores devem organizar os serviços em três níveis de atenção à saúde: primária, com foco na atenção básica, preferencialmente no modelo da Saúde da Família; secundária, de média complexidade, e terciária, de alta complexidade, que assegure acesso universal e adequado no nível de atenção que corresponda ao problema apresentado pelo idoso<sup>34</sup>. Este princípio orienta a descentralização dos serviços de saúde e a pactuação entre os gestores.

Sabe-se que os municípios utilizam do sistema de agendamento para os especialistas, e o tempo de espera para esse atendimento ultrapassa com frequência ao tempo desejado ou recomendado para as necessidades do idoso, conforme apontado:

*“[...] também de conseguir cirurgia, por exemplo, de fratura de colo de fêmur, a gente tem uma paciente aqui na nossa área que ficou é vários meses, pra conseguir uma cirurgia, por causa da questão de prótese.” (M 38)*

O grau de resolubilidade da equipe está relacionado à capacitação dos seus membros, aos recursos tecnológicos necessários e à capacidade de referenciar ao serviço em outro nível de assistência, permitindo uma abordagem integral, sendo influenciado pelo grau de organização política dos gestores municipais.

Considerando os aspectos de gestão, os profissionais apontaram as questões ligadas à insuficiência do transporte para possibilitar o cuidado domiciliar. Atualmente, o carro atende 10 equipes e então é disponibilizado um turno por semana para cada uma delas. A área extensa, com acessos difíceis e a grande demanda da unidade, aumenta a necessidade de meio de transporte, que nem sempre atende à necessidade para o cuidado domiciliar, como apontado por eles:

*“[...] dificultador eu acho que mais com relação ao transporte mesmo, porque nem sempre a gente tem o transporte disponível, a gente tem transporte uma vez por semana só, mais é ... como eu disse, que a gente faz esse cuidado mais por demanda, de repente a gente tem que fazer mais vezes na semana e a gente não consegue o transporte.” (E 15)*

A situação retrata uma das dificuldades da gestão municipal em assegurar condições às ESFs, para que o cuidado domiciliar possa ser resolutivo e de qualidade, reduzindo os entraves para viabilizar o acesso dos profissionais aos domicílios dos idosos, quando necessário.

Foram destacados, ainda, os recursos humanos insuficientes, com ausência temporária de médicos e agentes comunitários de saúde:



*“[...] dificultador que eu vejo, às vezes a própria estrutura de trabalho que a gente tem, seja ela física quanto recursos humanos, hoje você tem recursos humanos amanhã não tem mais, então acaba gerando uma certa instabilidade em matéria de dificuldade do próprio conhecimento das famílias que é o que preconizam o PSF.” (E 19)*

A proposta do modelo assistencial inclui equipe mínima, com necessidade de delimitação da área de abrangência e definição do número de pessoas nesta área, sendo de 3 mil a 4.500 pessoas ou 1.000 famílias. Desta forma, a população será assistida com qualidade e resolubilidade<sup>35</sup>.

A demanda aumentada e a equipe incompleta representam, mais uma vez, dificuldade na organização do processo de trabalho, incluindo o cuidado domiciliar. Este cuidado pode ser considerado um ato que requer o apoio e suporte da gestão pública dos serviços de saúde, para que os profissionais possam dar conta dessa assistência de maneira resolutiva e integral.

A questão da falta de capacitação profissional em gerontologia e geriatria foi abordada como fator dificultador do cuidado domiciliar, e foi apontada pelos sujeitos:

*“[...] também eu acho que capacitação é essencial, da equipe toda, acho que é essencial, para se ter noção e consciência de qual é sua atribuição, é importante.” (E 21)*

*“[...] questão de formação profissional, é de capacitação mesmo, voltado pro idoso, principalmente na questão de medicação, a medicação do idoso ela é diferenciada, ela não é igual a medicação do adulto comum.” (M 38)*

A necessidade de mudança do modelo centrado na doença e no profissional médico, para o modelo que estabelece a capacidade funcional e a ação multiprofissional como foco da assistência ao idoso, e ainda estabelecer o seu domicílio como local de abordagem, se depara com a falta de conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao envelhecimento, por deficiência nas diretrizes curriculares no seu período de formação. O modelo até então vigente coloca em segundo plano os aspectos sociais, econômicos e

subjetivos, que são determinantes do processo saúde doença<sup>25</sup>.

Torna-se então um desafio, considerando que o envelhecimento populacional é uma realidade, e as mudanças que possam ser introduzidas na formação dos profissionais não beneficiarão os idosos de agora. Portanto, para dar conta de atender a essa demanda com qualidade, a educação permanente na área do envelhecimento, que habilite os profissionais para lidar com as especificidades da população idosa, é uma responsabilidade dos gestores e está definida no Pacto pela Saúde<sup>36</sup>.

A educação permanente pode ocorrer de diversas maneiras, uma das quais é a abordagem de problemas, resgatando os conhecimentos dos profissionais, adquiridos na graduação. Nesta modalidade, a presença de um facilitador para educação permanente contribui para o desenvolvimento do grupo. Há ainda a educação à distância (EAD), que pode atender a um grande número de equipes, prestando-se à atualização dos profissionais, amplamente divulgada nos dias atuais. Ainda, pode-se utilizar da autoinstrução, com formação de grupos para compartilhar as experiências e a facilidade de acesso aos conteúdos institucionais via web<sup>37</sup>.

É comum os idosos serem atendidos por profissionais inexperientes e pouco qualificados para este cuidado<sup>38</sup>, conforme identificado na pesquisa.

Portanto para intervir nesta realidade, as recomendações são que os profissionais devam conhecer a diversidade do processo de envelhecimento, conhecer os avanços tecnológicos da área; reconhecer a importância da ação interdisciplinar; contribuir com programas de educação para o envelhecimento; assumir os desafios na promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida do idoso e promover ações educativas para mudanças de atitudes sobre a velhice e o envelhecimento, diretrizes que são enunciadas na Política Nacional do Idoso<sup>38</sup>.

## CONCLUSÃO

Os aspectos apresentados neste artigo fazem parte da dissertação do Mestrado em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. Pretendeu-se, portanto, apresentar a experiência no cuidado domiciliário de pessoas idosas dependentes e as dificuldades vivenciadas para esse cuidado, a partir da percepção dos profissionais de Saúde da Família.

Considera-se oportuno lembrar que, no período da coleta de dados, os municípios de Ipatinga e Timóteo, que apresentaram o maior número de equipes de Saúde da Família, se encontravam em situação de instabilidade política, devido a processos na Justiça Eleitoral, que interferiram negativamente no gerenciamento dos diversos setores da Prefeitura Municipal, incluindo a Saúde.

Constatou-se que a atuação dos profissionais prioriza o modelo da UBS tradicional, com atendimento voltado para ações de caráter curativista, segmentado e com o foco nas patologias agudas ou crônicas apresentadas pelos idosos. O cuidado domiciliar é realizado quando

os idosos já se encontram com dependência avançada, por se apresentarem na condição de acamados. O termo *fragilidade* não é abordado por eles no contexto da pesquisa, demonstrando desconhecimento sobre este conceito.

Sentem-se despreparados para o cuidado domiciliar, mas há uma procura restrita em atualização e preparo técnico para a execução deste cuidado e na organização do trabalho da equipe para tal atividade. Assim, há necessidade de investimento na organização do apoio às equipes, garantindo sua mobilidade e acessibilidade para o cuidado domiciliar, bem como disponibilizando a qualificação permanente dos profissionais, instrumentalizando-os para o exercício de suas competências técnicas no atendimento à população idosa.

Reverter esta situação torna-se urgente, considerando a necessidade dos cuidadores e familiares em relação ao apoio formal no cuidado domiciliar e o aumento significativo da parcela dos muito idosos que poderão necessitar desta modalidade do cuidado, pois apresentam o risco mais elevado do desenvolvimento da síndrome clínica de fragilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da População Brasileira. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: URL: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2008/indic\\_sociais2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2008/indic_sociais2008.pdf).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno da Atenção Básica nº. 19. Brasília. DF: 2007. 192p. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>.
3. Rockwood K, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people CMAJ 2005; 173 (5): M489-95. Disponível em: URL: <http://www.cmaj.ca>.
4. Fried LP, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol 2001; 56A(3): M146-156. Disponível em: URL: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146.full>.
5. Karunanathan S, et al. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the canadian initiative on frailty and aging. BMC 2009; 9 (68). Disponível em: URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/9/68>.
6. Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. JAGS 2004 nov; 52(11): M1929-1933. Disponível em: URL: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/indice\\_de\\_fragilidad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/indice_de_fragilidad.pdf).
7. Teixeira INDO. Percepções de Profissionais de Saúde sobre duas definições de fragilidade no

- idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; 13 (4): 1181-1188. Disponível em: URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232008000400014](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400014).
8. Veras RP, et al. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2007; 10(3): 1-22. Rio de Janeiro. Disponível em: URL: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232007000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232007000300008&lng=pt&nrm=iso).
  9. Lourenço A. Síndrome de Fragilidade no Idoso: marcadores clínicos e biológicos *Rev Hosp Universt Pedro Ernesto, UERJ* 2008 ano 7 jan-jun; Disponível em: URL: [http://www.lampada.uerj.br/revistahupe/images/edicoes/an7\\_jan2008/artigo\\_2.pdf](http://www.lampada.uerj.br/revistahupe/images/edicoes/an7_jan2008/artigo_2.pdf)
  10. Ferreira JVC. Os muito idosos no Município de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado) Programa de pós graduação em saúde pública. USP Faculdade de saúde pública; 2006. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde01022007174148/>
  11. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17 (5/6): 370-378. Disponível em: URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892005000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892005000500009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
  12. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo: Ed Atheneu; 2005. 630 p.
  13. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. DF, 2006. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.
  14. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento Domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad. Saúde Pública* 2004 jul-ago; 20 (4). Disponível em: URL: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n4/13.pdf>.
  15. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc. Anna Nery R Enferm.* 2007; 11(3): 520-525. Disponível em: URL: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/2007\\_vol11/2007\\_vol11n03SETEMBRO.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2007_vol11/2007_vol11n03SETEMBRO.pdf).
  16. Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença. Maringá, Eduem, 2004. 398 p.
  17. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde . 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=180&tpl=viewparticipantes>.
  18. Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2010. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipemg.def>.
  19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Estimativa populacional dos municípios de Minas Gerais. 2009. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
  20. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. DF, 1996. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
  21. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 5ª ed. 2001. 199p.
  22. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - comunic, Saúde, Educ* 2005 mar-ago; 9 (17): 287. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.
  23. Ferrucci L, et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004 apr; 52 (4): M625-634. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066083>.
  24. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. Rio de Janeiro. IMS/ UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=180&tpl=viewparticipantes>.
  25. Telles JL. Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do Pacto pela Vida, Saúde da população idosa 2006/2007: contribuições para o debate. 2006. Disponível em: URL: [http://www.sbgpr.org.br/artigos/acoes\\_estrategicas\\_para\\_implementar\\_politica\\_2007%5B1%5D.pdf](http://www.sbgpr.org.br/artigos/acoes_estrategicas_para_implementar_politica_2007%5B1%5D.pdf).

26. Costa EF, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Revista da UFG 2003 dez; 5 (2). Disponível em: URL: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/aga.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html).
27. 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 mai-jun; 19 (3): 705-715. Rio de Janeiro. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000400024&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000400024&lng=pt)
28. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad. Saúde Pública 2003 mai-jun; 19 (3): 783-791. Rio de Janeiro. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15881.pdf>.
29. Faleiros VP. Violência contra a pessoa idosa ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa. 2007. 394 p.
30. Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. 2001. Disponível em: URL: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000218732>.
31. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília: senado federal. 2003. Disponível em: URL: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/listapublicacoes.action?id=237486>
32. Sesc. Idosos no Brasil Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: FPA, 2007.
33. Piccini RX, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção à saúde. Ciências e Saúde Coletiva 2006; 11 (3): 657-667. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 148 p. Disponível em: URL: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2010 [on line] Disponível em: URL: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#diretriz>.
36. Portaria 399 de 28 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: URL: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/992-399?q=>
37. Costa Neto MM organizador. Educação Permanente. Brasília. 2000. Disponível em: URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03\\_educacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf).
38. Neri A L, Jorge MD. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. Estud. Psicol. Campinas 2006 abr-jun; 23 (2): 127-137. Disponível em: URL: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2006000200003](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000200003).

Recebido: 21/6/2010

Aprovado: 26/8/2010

# Pesquisa em instituições de longa permanência para idosos: contribuições necessárias e possíveis

*Research in long term care institution: necessary and possible contributions*

Marion Creutzberg<sup>1</sup>  
Lúcia Hisako Takase Gonçalves<sup>2</sup>

## Resumo

O objetivo do estudo foi identificar os acoplamentos estruturais de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) com o sistema científico, por meio da percepção de dirigentes sobre a pesquisa nesse contexto, observando as comunicações e as ressonâncias na instituição. Estudo exploratório descritivo, qualitativo, com uso do método funcional de Niklas Luhmann. A coleta de dados utilizou observações de segunda ordem, por meio de entrevistas com sete dirigentes de instituições brasileiras sem fins lucrativos, de caráter público ou privado, que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise de conteúdo foi processada com base nos referenciais da teoria de sistemas de *Niklas Luhmann*. Existe o entendimento, dentre os dirigentes, da importância de investigações em ILPIs como contribuição à Gerontologia, mas há reservas em virtude da exposição indevida dos idosos, invasão de privacidade, retorno tênue das pesquisas para a instituição e o desconhecimento da pesquisa como ferramenta para transformação da prática. Ficam para a ciência e pesquisadores o desafio de iniciativas e proposições concretas de estratégias para a superação de limites na ILPI e o reconhecimento do profissional da instituição como capaz de contribuir para a construção de conhecimento.

## Palavras-chave:

Instituição de Longa Permanência para Idosos. Idoso. Envelhecimento. Teoria de sistemas. Pesquisa.

## Abstract

The study aims was to identify the structural couplings of Long Term Care Institution (LTCI) with the scientific system, through the perception of leaders about the research in this context, observing the communications and the resonances on the institution. It is a descriptive exploratory and qualitative research, using the Niklas Luhmann functional method. Data collection used second order observations by interviewing

<sup>1</sup> Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Porto Alegre, RS, Brasil.  
E-mail: marionc@pucrs.br

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.  
E-mail: lucia.takase@pq.cnpq.br

Este artigo foi elaborado a partir de palestra proferida na VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em abril de 2010.

seven managers of non-profit Brazilian institutions, either public or private. Content analysis was performed based on the references of Niklas Luhmann's systems theory. There is an understanding among the leaders of the importance of research in LTCL, as a contribution to gerontology, but there are doubts because of undue exposure of the elderly, invasion of privacy, fine return for the institution of research and lack of research as a tool for transformation practice. It is for science and research initiatives and the challenge of concrete propositions to strategies for overcoming limitations in the LPI and the recognition of professional institution as capable of contributing to the construction of knowledge.

**Key words:** Homes for the aged. Aged. Aging. Systems theory. Research.

## INTRODUÇÃO

A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é considerada um sistema social organizacional. Para Niklas Luhmann, autor no qual se fundamenta o presente estudo, sistemas sociais organizacionais ou organizações surgem da complexidade societal alcançada nas sociedades funcionalmente diferenciadas, para desenvolver atividades que se restringem ao cumprimento e satisfação de metas específicas e de muitas das necessidades humanas<sup>1</sup> desempenhando uma função social. No caso da ILPI, a função de assistir ao idoso “quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família”<sup>2</sup>.

Um sistema social organizacional, a exemplo da ILPI, é um sistema autopoietico, que tem a capacidade de produzir e reproduzir a partir dele mesmo sua estrutura e os elementos que a compõem e está em contínuo acoplamento estrutural com seu entorno. O acoplamento estrutural compõe um dos conceitos centrais da Teoria de Sistemas de Luhmann<sup>3</sup> e explica como se dá a relação entre a organização e o ambiente externo, ou seja, como as informações do ambiente são tomadas por informações no interior do sistema. Uma organização está acoplada a diferentes sistemas sociais, dentre os quais, o Sistema Científico.

O sistema parcial científico (*Wissenschaft*) é um sistema diferenciado pela função de produzir e obter conhecimento<sup>4</sup>. A ciência se projeta nos demais sistemas sociais por meio de diversos serviços que são assimilados por eles. A Tecnologia, por exemplo, torna-se um insumo da

Economia; as teorias de aprendizagem são assimiladas pelo sistema educacional; a Sociologia pela Política; a Biologia, na Saúde<sup>1</sup>. No Brasil, a capacidade de transferência do desenvolvimento científico-tecnológico para as políticas sociais e de saúde é avaliada como incipiente<sup>5</sup>, ao mesmo tempo em que se percebe a necessidade de priorizar o aumento de sua capacidade indutora ou de estimulação dos demais sistemas sociais. Esta capacidade diz respeito, também, às possibilidades de ampliar fomentos e recursos para a pesquisa.

O estudo teve por objetivo identificar os acoplamentos estruturais de ILPIs com o sistema científico, por meio da percepção de dirigentes sobre a pesquisa nesse contexto, observando as comunicações e as ressonâncias na instituição.

## METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, de cunho exploratório-descritivo. Adotou-se a Teoria de Sistemas de Luhmann como método analítico, denominado método funcional<sup>3</sup>.

O estudo teve como foco a ILPI do contexto brasileiro em meio urbano, com residentes sem condições de prover a própria subsistência ou providas de famílias de baixa renda. Foram incluídas no estudo instituições regularmente reconhecidas como ILPIs, de caráter público ou privado e sem fins lucrativos.

A coleta de dados foi realizada por observações de segunda ordem, que é a auto-observação do sistema, na linguagem de Luhmann<sup>3</sup>. Essa observação foi realizada por meio de entrevistas,

com a finalidade de compreender funções da ILPI, nem sempre percebidas por essas organizações. Foram entrevistados sete profissionais dirigentes de diferentes subsistemas internos de ILPIs, em três ILPIs, na região metropolitana de Porto Alegre, seguindo um roteiro de questões orientadoras, que abordavam se e como ocorre pesquisa nesse contexto e suas contribuições para a ILPI e para os idosos.

A análise dos dados teve, por referência, o método de análise funcional de Niklas Luhmann. Optou-se pelo método de Análise de Conteúdo<sup>6</sup> para a análise do material textual, oriundo da transcrição das entrevistas. As unidades de significado identificadas no processo de análise de conteúdo foram codificadas, sendo que foi utilizada a letra D para identificar os dirigentes, seguidas de um número de identificação.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, que o aprovou através do Parecer nº 492/01-CEP. Os dirigentes das ILPI assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ainda nos dados obtidos nas comunicações de ILPIs, preservou-se a identidade da organização.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A observação das ILPIs demonstrou que a relação do Sistema Científico com a instituição se dá, fundamentalmente, pela realização de pesquisas no âmbito da instituição. Ou seja, a ILPI, seus idosos e demais subsistemas são objetos de estudo, a exemplo da presente investigação.

Os dirigentes referiram-se ao desenvolvimento de investigações no contexto da ILPI. Expressaram a percepção da importância da pesquisa na evolução do conhecimento científico, neste caso, em Gerontologia:

*“Eu acho que as pesquisas são fundamentais para a evolução. É claro, que amanhã seremos nós os velhos, as pesquisas são importantes. Eu acho assim, que a pesquisa tem que trazer algum benefício, não pra mim, mas sim pro idoso que isso venha acrescentar*

*alguma coisa pra ele, alguma em benefício a ele e que ele se sinta valorizado com essa pesquisa.” (D1)*

Estudos sobre a pesquisa do envelhecimento humano no Brasil<sup>7,8</sup> apontaram um baixo dinamismo nessa área. Neste sentido, demonstraram que há ainda um percurso longo em direção à consolidação da pesquisa gerontológica no país, tornando pertinente a afirmação da dirigente quanto à importância da investigação no contexto do envelhecimento.

Uma busca, na Plataforma Lattes, por pesquisadores que estudam a temática das ILPIs demonstra um aumento nos últimos cinco anos. Utilizando as expressões *asilo para idosos*, *Instituição de Longa Permanência para Idosos*, obteve-se 138 e 35 pesquisadores, respectivamente, em 2005; já em 2010, essa mesma busca evidenciou 277 e 254 pesquisadores. Estes números poderiam ser considerados razoáveis frente ao fato de que a proporção de idosos residentes em ILPIs não ultrapassa 1,5%<sup>9</sup>.

Nas entrevistas, houve tanto expressões de que ainda são realizadas poucas investigações no contexto das instituições, como de que a busca pelo asilo como espaço de pesquisa tem aumentado nos últimos anos:

*“Pouca, muito pouca, pesquisas, muito pouca pesquisa e seria um quadro fundamental pra desenvolver um bom trabalho, que a gente tivesse mais dados.” (D7)*

*“No ano passado a campanha da fraternidade era do idoso e aí todo mundo achou que era bom fazer o trabalho sobre o idoso, então eu recebia por dia umas três ligações de enfermagem, psicologia, serviço social, administração, relações públicas, jornalismo e tudo que tu podia imaginar querendo fazer um trabalho sobre o asilo.” (D4)*

Quanto ao aumento das pesquisas no âmbito da ILPI, os dirigentes entendem que, se por um lado isso pode significar aumento de interesse pelo idoso, por outro pode resultar em exposição indevida e desnecessária do idoso institucionalizado. Do ponto de vista ético, as pesquisas devem levar em consideração a autonomia dos sujeitos, que devem consentir, por meio de Termo

Consentimento Livre e Esclarecido, sua participação<sup>10</sup>. Nesse sentido, idosos moradores de instituições estão muito vulneráveis à invasão de privacidade, especialmente em se tratando de ILPI filantrópica, uma vez que, historicamente, são colocados em posição de desigualdade, vistos como incapazes de decidir, reagir ou emitir parecer acerca dos fatos.

Conforme expressou uma das dirigentes:

*“Porque é a casa deles, então daqui a pouco, nós não vamos abrir as portas da casa deles porque é um bando de gente a ficar passeando. A gente tinha uma das moradoras, ela era muito engraçada, um dia tava passando os alunos e ela disse: ‘mas isso nem é zoológico, que vêm aqui e ficam olhando pra essas caras’ e aí deram um presentinho pra ela e ela atirou pela janela. E ela tinha razão!” (D4)*

*“Tem que ter um cuidado, pra que os idosos não sejam usados demais, por isso tem que ter uma avaliação muito rigorosa.” (D1)*

De outra parte, houve críticas a determinados delineamentos e objetivos de pesquisas que, no entender dos dirigentes, só beneficiam o pesquisador e provocam ressonâncias negativas na ILPI, especialmente nos idosos, além da já comentada exposição indevida. Demonstram, com isso, a preocupação bioética que deve estar presente no planejamento de investigações com seres humanos. A regulamentação pela Resolução nº 169/96<sup>10</sup> propõe assegurar a realização de investigações aceitáveis do ponto de vista moral, relevantes ao contexto social, cientificamente corretas e ecologicamente sustentáveis<sup>11</sup>. A posição receosa e preventiva da ILPI, no que se refere à realização de pesquisas em seu contexto, reflete a percepção social das práticas de pesquisa na qual se entende ser imprescindível a “prestação de contas” aos participantes, às instituições envolvidas e à sociedade como um todo.

As falas a seguir refletem, igualmente, o fato de que hoje a reflexão e a decisão acerca do ato de pesquisar ultrapassam as fronteiras das universidades e institutos de pesquisa<sup>11</sup>.

*“O que a gente comenta muito, que vem muita pesquisa de questionário, tipo assim: ‘tu gosta de morar aqui, tu te sente bem, com que idade foi a tua primeira relação sexual?’ Sabe, então eles se sentem muito invadidos, eles se sentem desconfortável com isso. ‘Tu gosta da comida, aqui a comida é boa?’ Eu sei que nem na casa da gente eu gosto da comida às vezes que a gente faz, então são coisas assim eles se sentem desconfortados, e eles comentam muito isso com a gente.” (D1)*

*“Porque as pessoas querem vir aqui e todas fazerem a mesma pergunta: tu tá abandonada aqui, eles são violentos aqui, como é que eles? Às vezes as pessoas me ligavam, entravam casa a dentro com questionário, saíam perguntando e a gente tinha que sair correndo dizendo que não pode. E as pessoas diziam ‘como assim não pode?’ ‘A gente doa dez reais por mês, quando eu quiser perguntar eu vou lá perguntar’, e várias coisas assim no sentido de retribuição. Não queriam devolver o material, terrível! Eu acho que as pessoas não têm respeito, o idoso está numa instituição.” (D4)*

O comentário dos dirigentes acerca de objetivos e instrumentos de coleta leva a identificar, pelo menos, três aspectos:

- a) o desconhecimento de pessoas que se propõem a pesquisar, neste contexto, acerca do envelhecimento e as percepções equivocadas e negativamente marcadas acerca da ILPI;
- b) a existência de conflitos de interesses entre o pesquisador e a instituição de idosos, a exemplo dos tradicionais conflitos entre protocolos e sujeitos pesquisados<sup>11</sup>. Diante disto, a Resolução nº 196/96 expressa a obrigatoriedade de que seja assegurada a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa<sup>10</sup>;
- c) a percepção de pesquisadores, especialmente das ciências sociais, de que seus objetos, objetivos e métodos de pesquisa não necessitam se sujeitar às exigências éticas da Resolução nº 169/96, como as pesquisas biomédicas, por exemplo. Em muitos pesquisadores, as exigências suscitam resistências e controvérsias.



Schramm<sup>11</sup>, nesse sentido, discutiu a posição das ciências sociais quando se pensa que métodos frequentemente utilizados em pesquisas biomédicas sejam, necessariamente, mais invasivos. O autor exemplificou ponderando que, para um sujeito pesquisado pode ter peso igual, se não mais relevante, que seja protegida a privacidade das informações referidas a suas preferências, crenças e escolhas do que aquelas referentes a sua constituição e determinação biológica<sup>11</sup>.

Frente a situações como as descritas pelos dirigentes, as ILPIs têm restringido a realização de pesquisa, exigindo que as propostas lhes sejam apresentadas e autorizadas por elas. Para a operacionalização disto, algumas têm implantado comissões e normas para a avaliação de protocolos de pesquisa:

*“Tem uma comissão permanente que foi fundada, que é de avaliação. Funciona assim, tu tem que enviar uma proposta do teu projeto, com uma pequena autobiografia, porque isso vai pra análise. Se for possível tu já anexa uma carta de próprio punho onde tu vai dizer por que teu trabalho é bom pra instituição.” (D4)*

A autorização por parte da instituição é um procedimento correto e necessário frente às normas de pesquisa. A avaliação ou a concordância sobre a relevância da temática é, também, uma prerrogativa dos sujeitos e do local de realização dos estudos. Nesse sentido, expressaram:

*“Pesquisas realizadas diretamente com idosos faz seis meses que a gente não libera nenhuma. A gente avalia o que isso contribui pra instituição, porque saber quantos deles têm família, quantos deles recebem visita, a gente tem controle disso, então ninguém precisa vir aqui pra pesquisar uma coisa que a gente já sabe.” (D4)*

*“Até porque não é nosso interesse em pesquisar violência, esse tipo de coisa mais popular. É pesquisar coisas específicas, porque a gente sabe as coisas que acontecem aqui.” (D6)*

O objetivo primeiro dessas normas internas da ILPI é a proteção do idoso. A proteção é, com razão, fundamental, e evita que o idoso fique

desamparado ou à mercê de terceiros<sup>11</sup> em virtude de pesquisas. No entanto, os dirigentes referiram que esta posição tem sido mal interpretada, especialmente por acadêmicos de cursos de graduação das diferentes áreas de conhecimento:

*“Só que às vezes os alunos não entendem, daí fica aquele estigma que a gente não quer mostrar a casa, que a gente enfrenta vários problemas, que a gente tá escondendo. Eles vêm aqui querem tirar foto, querem filmar e não entendem que são medidas de proteção, o pessoal tem direito ao uso de imagem.” (D4)*

*“Não a senhora não entendeu, eu só quero lbe fazer umas perguntas não precisa tudo isso” [submeter à avaliação]. (D4.51a)*

A observação tem evidenciado que tais restrições têm realmente originado um certo mal-estar no meio acadêmico-científico, que se desagrada diante da recusa de realização de estudos considerados, por parte de quem os propõe, relevantes ao desenvolvimento do conhecimento em Gerontologia. Além disso, orientadores e orientados têm se deparado com pessoas, nas ILPIs, com compreensão aparentemente limitada a respeito dos processos de investigação e mesmo a respeito da pesquisa em Gerontologia.

Independentemente das ressonâncias internas da ILPI frente às solicitações para a realização de estudos com seus diferentes subsistemas internos, tais decisões devem ser respeitadas pela comunidade científica. Mesmo que as suspeitas de negação estejam relacionadas a possíveis irregularidades, como comentado pela dirigente, estas têm outros caminhos para serem desvendadas. Não há qualquer argumento a favor da imposição de uma pesquisa à instituição que não a aceita, assim como não há meios para exigir que os grupos que avaliam projetos, no âmbito das ILPIs, tenham a mesma qualificação e composição de Comitês de Ética e Pesquisa, por exemplo.

Ainda assim, se a pesquisa autorizada pela ILPI revelar limites e dificuldades da instituição, há que se respeitar os procedimentos éticos. O

compromisso com o retorno dos dados à instituição poderá contribuir com a proposição de estratégias para sua superação, que serão, ou não, selecionadas pela organização.

Uma reflexão provinda dos dirigentes revela um aspecto, aparentemente pouco considerado na comunidade científica, e talvez um dos motivos pelos quais pesquisadores, provindos dos meios acadêmicos, muitas vezes numa postura de detentores da verdade<sup>12</sup>, sejam vistos como conspirações contra os leigos<sup>11</sup>:

*“E até está se tentando reestruturar algumas coisas. Nós não queremos daqui há um tempo, nós não vamos poder mais somente ficar recebendo pesquisadores. Nós também temos condições de dar e eles [os idosos] e a casa num todo, contribuir pra comunidade. Nós temos aqui, mantemos já um conhecimento do atendimento ao idoso, que acho que dá pra se considerar que é primazia em atendimento. E eu acho que a gente tem que abrir a casa quando vamos sair, isso a gente tem que ensinar pras pessoas, isso é uma contribuição pra comunidade.” (D4)*

A presença da academia se dá frequentemente por meio do desenvolvimento de projetos de pesquisa ao lado de sua inserção em atividades de ensino e extensão. No discurso da academia, perpassa a preocupação com a transformação da realidade, mas as iniciativas e a projeção concreta do saber acadêmico nos serviços ainda parecem tênues<sup>12</sup>.

A pesquisa, no entanto, pode ser estratégia importante para a melhoria da prática assistencial, pois esta, espera-se, tem origem nos problemas vivenciados por professores, alunos e profissionais no cotidiano da instituição. Nesse sentido, a fala abaixo colocou a ILPI não só como fonte de conhecimento a ser construído por outros, mas ela mesma como produtora de conhecimento, indicando a importância de que os profissionais sejam envolvidos nos processos de pesquisa, como pesquisadores, coautores do conhecimento produzido:

*“Na verdade assim, nós temos o nosso grupo interno de profissionais que são profissionais que exploram os seus atendimentos, então temos o nosso médico que leva pros seminários casos daqui. Nós fomos pra jornada da SBGG, também com uma ideia de*

*divulgar. Então assim, prioritariamente se eu tenho profissionais internos, a pesquisa do conhecimento que eu tenho aqui vai ter que ser feita pela gente entendeu e a gente tem como demandar isso.” (D6)*

Ao que parece, poucas vezes o profissional, na ILPI, é visto como alguém interessado e capaz de produzir. Por outro lado, o profissional em campo pode não compreender a pesquisa como ferramenta para transformação da prática. Esta percepção será certamente ampliada no aprofundamento dos acoplamentos estruturais entre a ILPI, o sistema educacional e o sistema científico. As comunicações, em todas as direções, precisam ser mais bem observadas pelos respectivos sistemas. Uma das comunicações imprescindíveis é o retorno da pesquisa, por parte do sistema científico, para a ILPI. Esta é uma queixa, um desconforto expresso pelos seus dirigentes: “Não, não, não retornam, não [as pesquisas]”. (D1.28)

A observação tem indicado que tais retornos, em algumas situações, até são disponibilizados à ILPI, mas, ao que parece, permanecem como informações não compreendidas, e por isso, não selecionadas pela instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ressonância do aumento de pesquisas, na relação da ILPI com o sistema científico, gerou tanto a concordância quanto o questionamento entre os dirigentes. A concordância esteve no entendimento da importância de investigações que contribuam para a Gerontologia. Os questionamentos se relacionaram à exposição indevida dos idosos, invasão de privacidade, retorno tênue das pesquisas para a instituição e o desconhecimento da pesquisa como ferramenta para transformação da prática. No sistema científico, a ressonância frente à negativa gera incompreensão e mal-estar.

Ficam para a ciência e pesquisadores o desafio de iniciativas e proposições concretas de estratégias

para a superação de limites na ILPI e o reconhecimento do profissional da instituição como capaz de contribuir para a construção de

conhecimento. O uso de metodologias participativas na investigação pode facilitar a implantação de mudança a partir da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Rodríguez D, Arnold M. Sociedad y teoría de sistemas. Santiago de Chile (CL): Editorial Universitaria; 1990.
2. BRASIL. Senado Federal. Lei N° 10.741, de 10 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília, (DF); 2003.
3. Luhmann N. Soziale system3. Luhmann N. Soziale systeme: Grundri ãeiner allgemeinen theorie. Frankfurt; (DE): Suhrkamp; 1984.
4. Corsi G, Espósito E, Baraldi C. Glóssario sobre la teoría social de Niklas Luhmann. México: Universidad Iberoamericana; ITESO; Barcelona: Editorial Anthropos; 1996. 192 p.
5. Guimarães R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004 abr-jun;9(2):375-87.
6. Moraes R. Análise de Conteúdo: limites e possibilidades. In: Engers ME, organizadora. Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 1994.
7. Prado SD, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. Ciênc Saúde Coletiva. 2004 jul-set [acesso em 2005 Jan 10];9(3):763-72. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300027&lng=pt&nrm=iso).
8. Prado SD, Sayd JD. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. Ciênc saúde coletiva. 2004 jan-mar [acesso em: 2005 Jan 10]; 9(1):57-67. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100006&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100006&lng=pt&nrm=isso).
9. Creutzberg M. 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. [tese]. Porto Alegre (RS): Instituto de Geriatria e Gerontologia; PUCRS; 2005.
10. Ministério da Saúde (BR). Resolução n.196, de 16 de outubro de 96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília(DF); 1996.
11. Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. Ciênc saúde coletiva. 2004 jul/set [acesso em 2005 Jan 10]; 9(3):773-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300028&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300028&lng=pt&nrm=isso).
12. Ojeda BS, Santos BRL, Eidt OR. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. Acta Paulista Enf. 2004 Out-Dez;17(4)432-8.

Recebido: 21/6/2010

Aprovado: 26/8/2010



# Aveiro: cidade amiga das pessoas idosas!?

*Aveiro: an age-friendly city!?*

Hélia Centeio<sup>1</sup>  
Sandra Dias<sup>1</sup>  
Susana Rito<sup>1</sup>  
Gonçalo Santinha<sup>2</sup>  
Henrique Vicente<sup>3</sup>  
Liliana Sousa<sup>3</sup>

## Resumo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a iniciativa *Age-Friendly Cities* para mobilizar as cidades do mundo na promoção do envelhecimento ativo. Respondendo a esse desafio, este estudo procura compreender como a cidade de Aveiro (Portugal) é ou não amiga das pessoas idosas. A metodologia seguiu o protocolo de Vancouver, proposto pela OMS. A entrevista de coleta de dados solicita aos participantes que identifiquem aspectos positivos e negativos da cidade e indiquem sugestões nos seguintes tópicos: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; respeito e inclusão social; participação social; comunicação e informação; participação cívica e emprego; apoio comunitário e serviços de saúde. A entrevista foi aplicada em grupos focais a uma amostra de 37 pessoas idosas (29 mulheres) organizadas em quatro subgrupos: i) classe média com idade entre 60 e 74 anos (8); ii) classe média com mais de 75 anos (14); iii) classe baixa com idade entre 60 e 74 anos (8); iv) classe baixa com mais de 75 anos (7). Os principais resultados sugerem que: os aspectos positivos de Aveiro incidem na acessibilidade de alguns edifícios públicos; os aspectos negativos incluem o mau estado dos passeios; a acessibilidade da informação sobre atividades e eventos destaca-se como aspecto positivo e negativo. Os idosos apreciam viver na cidade de Aveiro, mas identificam aspectos que podem ser melhorados para que a cidade proporcione um envelhecimento cada vez mais ativo.

**Palavras-chave:** Cidades. Envelhecimento. Idosos. Participação.

## Abstract

The World Health Organization (WHO) launched the initiative “Age-Friendly Cities” in order to mobilize cities all over the world in the promotion of active ageing. Responding to this challenge, this study tries to understand in what ways is Aveiro (Portugal) an age-friendly city. The methodology adopted the Vancouver Protocol following WHO recommendations. The interview asks the participants to identify positive and negative aspects, as well as suggestions in the following topics: outdoor spaces and buildings; transportation; housing; respect and social inclusion;

<sup>1</sup> Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Mestrado em Gerontologia. Aveiro, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas. Aveiro, Portugal.

<sup>3</sup> Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro, Portugal.

Correspondência / *Correspondence*

Sandra Dias  
E-mail: sesdias@gmail.com

social participation; communication and information; civic participation and employment; community support and health services. The interview was administered in focus group to a sample of 37 participants (29 females) divided by four groups: i) middle socio-economic status, 60-74 years (8); ii) middle socio-economic status, 75 years and over; (14); iii) low socio-economic status, 60-74 years (8); iv) low socio-economic status, 75 years and over (7). The main results suggest that: the positive aspects include the accessibility of some public buildings; the negative aspects include poor sidewalk quality; the availability of information about activities and events is underlined both as a positive and a negative aspect. The elderly appreciate living in Aveiro but they identify some aspects that should be improved so that ageing can become more and more active.

**Key words:** Cities.  
Ageing. Old Persons.  
Participation.

## INTRODUÇÃO

Os fenômenos crescentes e rápidos de urbanização e envelhecimento da população constituem desafios sociais relevantes na atualidade<sup>1,2,3,4,5</sup>. Estima-se que em 2030, três em cada cinco pessoas no mundo habitarão em cidades e que a proporção de idosos (segundo a OMS, indivíduos com mais de 60 anos) residentes em meios urbanos aumentará 16 vezes nos países em desenvolvimento<sup>2,3,4</sup>. Neste contexto, a OMS introduziu a iniciativa *Age-Friendly Cities* em junho de 2005 (no XVIII World Congress of Gerontology, Rio de Janeiro, Brasil) com o objetivo de mobilizar cidades em todo o mundo para se tornarem mais amigas das pessoas idosas, isto é, promotoras do envelhecimento ativo. Em maio de 2006, ocorreu em Vancouver a reunião inicial das cidades colaboradoras (33 cidades, distribuídas 22 países, incluindo Rio de Janeiro, Istambul, Nova Iorque, Halifax e Londres). Após um programa de investigação desenvolvido entre julho de 2006 e fevereiro de 2007, a OMS<sup>5</sup> produziu o *Global Age-Friendly Cities Guide*. A transversalidade deste projeto é atestada pela multiplicidade e diversidade de cidades envolvidas, que se distribuem por diferentes continentes, países, sociedades e culturas.

O envelhecimento ativo refere-se ao processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento, envolvendo múltiplos setores<sup>6</sup>: saúde, educação, segurança, trabalho, justiça, planejamento e desenvolvimento rural e urbano, habitação, transportes, turismo, tecnologias, cultura e

valores sociais e individuais. Deste modo, o envelhecimento ativo também pode ser promovido nas e pelas cidades, se adaptarem estruturas e serviços, de modo a serem acessíveis e inclusos de idosos com diferentes necessidades e capacidades. Ou seja, as cidades devem: prever e responder às necessidades e preferências associadas ao envelhecimento; considerar e respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram; promover sua inclusão reconhecendo sua contribuição na comunidade<sup>5</sup>.

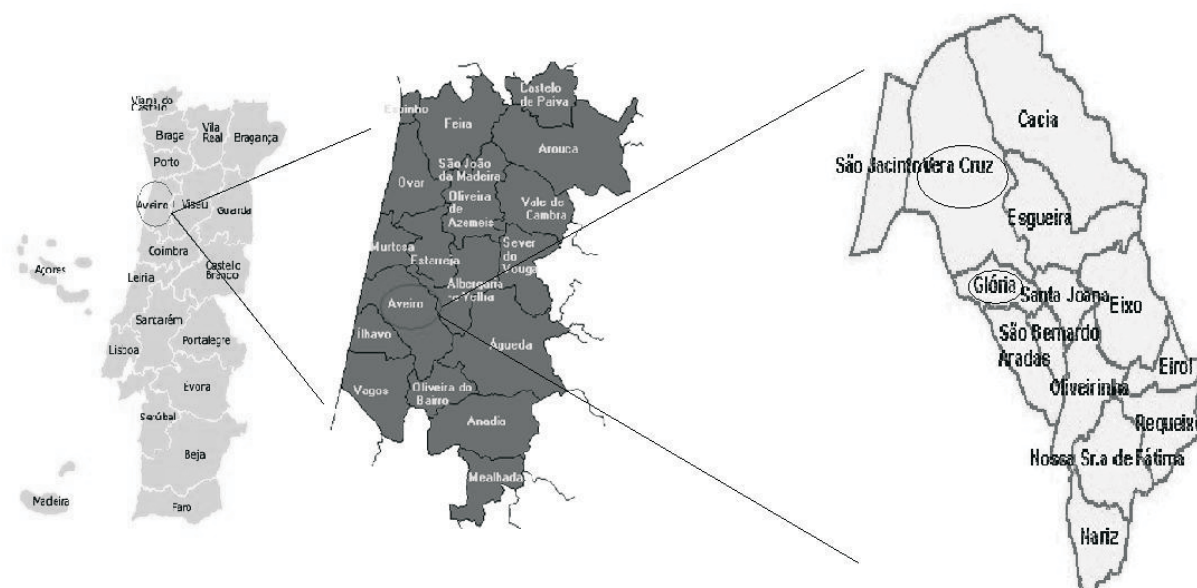
Portugal segue a tendência dos restantes países relativamente às mudanças na estrutura etária da população e dos fenômenos de urbanização e despovoação das zonas rurais, em particular a litoralização da população: entre 2000 e 2005, assistiu-se ao reforço da litoralização da população residente, em particular nos territórios metropolitanos<sup>7</sup>. Segundo as Projeções de População Residente para 2008-2060, deverá ocorrer um aumento do número de idosos (em Portugal, indivíduos com mais de 64 anos) relativamente à população total, de 1,847 milhão (17,4%) em 2008 para 3,348 milhões (32,3%) em 2060<sup>8</sup>. Torna-se cada vez mais importante identificar as necessidades e desejos desta população, para se criar políticas sociais organizadas, estruturadas e adequadas.

Neste estudo *ouvimos* a população idosa da cidade de Aveiro (situada na costa atlântica de Portugal), com base nas recomendações do guia *age-friendly cities*, para compreender como a cidade de Aveiro (Portugal) é ou não amiga das pessoas idosas e, em consequência, perceber sua contribuição para o envelhecimento ativo.

## A cidade de Aveiro

Aveiro situa-se na zona centro de Portugal, no Baixo Vouga, junto à costa atlântica. Apresenta como *ex-libris* a Ria de Aveiro, uma laguna com uma área total de 47 km<sup>2</sup>, que atravessa o centro urbano da cidade<sup>9</sup>. O concelho

de Aveiro registava 73.335 habitantes em 2007, 38.116 mulheres e 35219 homens<sup>7</sup>, distribuídos pelas 14 freguesias. Segundo o Inventário Municipal da Região Centro<sup>9</sup>, as freguesias da Glória e Vera Cruz são consideradas de natureza urbana<sup>10</sup>. Assim, este estudo foca essas duas freguesias (figura 1).



**Figura 1.** Localização geográfica do distrito de Aveiro, mapa do Concelho de Aveiro e freguesias.

A freguesia da Glória estende-se por 6,87 km<sup>2</sup> com 9.917 habitantes, 4601 homens e 5.316 mulheres em 2001<sup>2,9,11</sup>, a população idosa representa 15,8% da população total, ou seja, 1.567 indivíduos<sup>11</sup>. A freguesia de Vera Cruz apresenta uma área total de 38,48 km<sup>2</sup> com 8.652 residentes em 2001<sup>1</sup>, 3969 homens e 4.683 mulheres<sup>9,11</sup>; a população idosa representa 16,7% da população total, isto é 1.445 indivíduos<sup>11</sup>.

## METODOLOGIA

Como este estudo adota os princípios metodológicos da iniciativa *Age-friendly Cities*, todos

os procedimentos seguem o Protocolo de Vancouver<sup>12</sup>.

### Constituição e caracterização da amostra

O protocolo define que os participantes tenham idade igual ou superior a 60 anos. Além disso, é necessário identificar a classe social predominante nas freguesias de residência, que, no caso de Aveiro, inclui as duas freguesias urbanas (Glória e Vera Cruz). A freguesia da Glória é classificada como de classe baixa<sup>10</sup>, por isso os idosos residentes nesta freguesia constituem os grupos de classe baixa. A freguesia de Vera Cruz está classificada como classe média<sup>10</sup>, logo os idosos aqui residentes representam essa classe.

<sup>1</sup> Dados mais recentes disponíveis para este nível geográfico. 2009.

Para seleccionar os participantes, foram identificadas e contactadas instituições sócio-comunitárias, para verificar se a população que as frequentava preenchia os critérios. Em sequência, solicitou-se autorização para realizar o estudo a quatro instituições, que foi concedido. Essas instituições foram escolhidas pela sua abrangência territorial na cidade, de modo a representarem diferentes respostas à população idosa e por isso abrangerem utentes com diferentes características sociais e educativas. Essas instituições incluem: dois Centros de Dia/Convívio, um situado na Glória e outro na Vera Cruz; uma Universidade Sênior localizada na Vera Cruz; e uma associação recreativa abrangendo a Glória (única instituição cuja população alvo inclui não-idosos, embora para a amostra apenas tenham sido convidados participantes com 60 anos ou mais).

Em seguida, os investigadores explicaram aos utentes o objetivo do estudo, metodologia e colaboração pretendida e os critérios de inclusão (apresentar discurso coerente, estar orientado no tempo e no espaço). Às pessoas que correspondiam a esses critérios e concordaram em participar, entregou-se uma folha com as “questões prévias aos participantes”, para que pudessem ir

refletindo sobre cada tópico, de forma a tornar as sessões mais rentáveis.

A amostra compreende 37 pessoas idosas distribuídas por quatro grupos (quadro 1): grupo A (GA), oito participantes com idade entre os 60 e 74 anos, residentes na freguesia de classe baixa (Glória); grupo B (GB), sete participantes com idade igual ou superior a 75 anos residentes na freguesia de classe baixa (Glória); grupo C (GC), 14 participantes com idade igual ou superior a 75 anos residentes na freguesia de classe média (Vera Cruz); grupo D (GD), oito participantes com idade entre os 60 e 74 anos residentes na freguesia de classe média (Vera Cruz).

A média etária dos participantes do grupo A e D é de cerca de 66 anos e a do grupo B e C, de cerca de 81 anos (quadro 1). Em relação ao género, o GA apenas compreende homens e os outros grupos incluem apenas mulheres. Em geral, as habilitações académicas são baixas (56,7% nunca frequentaram a escola ou frequentaram a escola primária), contudo 10,8% fizeram o ensino secundário e 27% detêm uma licenciatura. A autoavaliação do estado de saúde revela que 43,2% caracterizam como fraca. Relativamente à habitação, 56,8% possuem casa própria e 43,2% vivem com o cônjuge.



**Quadro 1.** Caracterização da Amostra. Aveiro, Portugal. 2009.

	GA (n=8) 60-74 anos Classe Baixa Glória		GB (n=7) ≥ 75 anos Classe Baixa Glória		GC (n=14) ≥ 75 anos Classe Média Vera Cruz		GD (n=8) 60-74 anos Classe Média Vera Cruz		Total (n=37)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Idade</b>	66,4	5,0	81,9	5,9	81	3,9	65,3	3,3	74,7	8,9
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>										
Feminino	0	0	7	100	14	100	8	100	29	78,4
Masculino	8	100	0	0	0	0	0	0	8	21,6
<b>Habilitações literárias</b>										
Não frequentou	0	0	4	57,1	2	14,3	0	0	6	16,2
Até 4 anos	0	0	2	28,6	12	85,7	1	12,5	15	40,5
4 a 9 anos	1	12,5	1	14,3	0	0	0	0	2	5,4
Ensino Secundário	3	37,5	0	0	0	0	1	12,5	4	10,8
Ensino superior	4	50	0	0	0	0	6	75	10	27,0
<b>Percepção do estado de saúde</b>										
Fraco	1	12,5	6	85,7	9	64,3	0	0	16	43,2
Razoável	0	0	1	14,3	5	35,7	3	37,5	9	24,3
Bom	7	87,5	0	0	0	0	5	62,5	12	32,4
<b>Habitação</b>										
Própria	7	87,5	4	57,14	5	35,7	5	62,5	21	56,8
Arrendada	1	12,5	2	28,57	5	35,7	3	37,5	11	29,7
Do filho	0	0	1	14,28	2	14,3	0	0	3	8,1
Instituição	0	0	0	0	2	14,3	0	0	2	5,4
<b>Composição do agregado familiar</b>										
Sozinho	1	12,5	5	71,4	5	35,7	1	12,5	12	32,4
Cônjuge	5	62,5	0	0	4	28,6	7	87,5	16	43,2
Cônjuge e filho(s)	2	25	0	0	0	0	0	0	2	5,4
Com filho(s)	0	0	1	14,3	3	21,4	0	0	4	10,8
Outros	0	0	1	14,3	2	14,3	0	0	3	8,1

### Instrumento e recolha dos dados

O instrumento de recolha de dados é o guia de entrevista em grupo focal proposto no protocolo de Vancouver, validado para a língua Portuguesa pelos autores através da confrontação de juizes independentes (anexo 1).

A entrevista abrange oito tópicos: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; respeito e inclusão social; participação social; comunicação e informação; participação cívica e emprego; apoio comunitário e serviços de saúde. Os participantes devem referir aspectos positivos e negativos e apresentar sugestões.

Estes tópicos abrangem as dimensões relevantes para a vida de uma cidade<sup>5</sup>: i) ambiente físico (espaços exteriores e edifícios, transportes e habitação), com influência na mobilidade individual, proteção contra os danos físicos e segurança contra o crime; ii) participação social e cultural, que afeta a participação e o bem-estar (inclui: respeito e inclusão social relacionados com as atitudes e comportamentos dos outros em relação aos mais velhos; participação social em atividades recreativas, culturais, educativas e espirituais; participação cívica e emprego referente às condições de cidadania e trabalho remunerado e não remunerado, associados aos determinantes económicos do envelhecimento ativo); iii)

ambiente social e determinantes da saúde e ação social (envolve comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde).

Esse guia de entrevista foi aplicado em grupos focais, moderados por dois coordenadores (autores). No início da primeira sessão de cada grupo, era assinado o consentimento livre e informado e preenchidos os questionários com os dados sócio-demográficos. Os grupos focais realizaram-se entre 12 de fevereiro e 26 de março de 2009, nas instituições que colaboraram no estudo. Cada grupo focal foi organizado em duas sessões (cada com duração aproximada de 90

minutos), de acordo com a disponibilidade dos participantes; foi decidido ter duas sessões pelo fato de o guia ser longo, sendo esta a forma de garantir que os participantes dariam igual atenção a todos os tópicos sem ficarem cansados.

### Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. A análise desenrolou-se em dois momentos: i) número de vezes que cada tópico foi mencionado (quadro 2); ii) descrição das opiniões dos participantes por tópico.

**Quadro 2.** Tópicos, aspectos positivos, negativos e sugestões: número de referências por grupo de participantes. Aveiro, Portugal. 2009.

Grupos	1. Espaços exteriores e edifícios			2. Transportes			3. Habitação			4. Respeito e inclusão social			5. Participação social			6. Comunicação e informação			7. Participação cívica e emprego			8. Apoio comunitário e serviços de saúde			Total			Soma das referências
	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	
GA: 60 a 74 anos, classe baixa	9	29	4	6	28	1	2	5	0	8	12	1	3	4	1	6	6	2	4	5	1	1	7	1	39	96	11	146
GB: ≥75 anos, classe baixa	11	9	0	1	13	0	4	5	0	1	6	1	0	2	3	3	9	0	1	0	1	4	2	0	25	46	5	76
GC: ≥75 anos, classe média	3	12	2	3	16	0	2	10	1	5	3	0	4	1	3	7	10	3	2	2	3	5	16	4	31	70	16	117
GD: 60 a 74 anos, classe média	6	19	6	1	17	2	4	3	2	11	21	1	12	26	3	17	9	5	14	14	7	6	20	5	71	129	31	231
Total	29	69	12	11	74	3	12	23	3	25	42	3	19	33	10	33	34	10	21	21	12	16	45	10	166	341	63	570
Soma por área	110			88			38			70			62			77			54			71			570			

P – Aspectos positivos; N – Aspectos negativos; M – Sugestões

### Ética na pesquisa

A instituição promotora (Universidade de Aveiro) não tem Comissão de Ética, pois tal ainda não é exigido no país (Portugal), mas está assegurado o cumprimento das regras de ética através da autorização das instituições participantes e da assinatura do consentimento livre e informado.

### RESULTADOS

Os dados denotam que os grupos diferem nas suas opiniões (quadro 2): o GD é mais opinativo, seguindo-se o GA (estes dois grupos incluem

pessoas idosas mais novas, com mais habilitações académicas, que frequentam instituições recreativas e revelam uma percepção de bom estado de saúde); o GB é o que faz menos referências, seguindo-se o GC (estes grupos apresentam idade superior, frequentam instituições sociais, apresentam baixas habilitações académicas e avaliam o estado de saúde como fraco). Este dado parece indicar os diferentes níveis de participação e iniciativa da população idosa em Aveiro.

Em geral (quadro 2), verifica-se que são mencionados mais aspectos negativos (341), relativamente aos positivos (166). Contudo, as sugestões de melhoria são relativamente poucas (63), podendo indicar que os idosos sentem ter

poucos conhecimentos para fazer sugestões ou sentem pouca confiança nas suas opiniões.

Em termos dos tópicos, os mais referidos centram-se no ambiente físico (espaços exteriores e edifícios, transportes), com exceção da habitação, que é o tópico menos referido (os participantes consideram a habitação como responsabilidade individual). Seguem-se os tópicos associados ao ambiente social (comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde). Os menos referidos referem-se à participação social e cultural (respeito e inclusão social, participação social, participação cívica e emprego).

Os principais aspectos negativos centram-se em espaços exteriores e edifícios e transportes (ambiente físico), enquanto os positivos focam comunicação e informação, espaços exteriores e edifícios e respeito e inclusão social.

### Passamos à análise mais descritiva por tópico

Os *espaços exteriores e edifícios públicos* são essenciais para a mobilidade e independência funcional. Os principais aspectos positivos centram-se na acessibilidade de alguns edifícios públicos, nomeadamente: Registo Predial, Correios e Hospital.

*“As unidades de saúde têm acessibilidade e os correios também. Se for preciso uma rampa para uma cadeira de rodas não há problema”.* [GB, 79 anos, mulher]

Os aspectos negativos mais referidos focam o mau estado dos passeios, que, segundo os participantes, levam muitos idosos a evitar sair de casa, com medo de quedas. Também salientam a falta de manutenção dos espaços verdes e reduzido número de zonas de repouso, que limita as opções de ocupação dos tempos livres.

*“Passeios é buraquinhos, é burações... os passeios são ladrilhos e as árvores levantam os ladrilhos, uma pessoa vai no passeio e cai!”* [GA, 66 anos, homem]

Os participantes sugerem que se pode melhorar com arranjo dos passeios, criação de

mais espaços verdes e zonas de repouso. Esta é uma forma de incentivar a prática de atividades de lazer ao ar livre pelos idosos.

Os *transportes* são essenciais na mobilidade cidadina, influenciando a participação social e cívica e o acesso aos serviços comunitários. O aspecto positivo mais referido é a segurança e confiança na utilização dos transportes públicos.

*“Nos autocarros nunca senti perigo de ser assaltado...!”* [GA, 65 anos, homem]

O aspecto negativo mais mencionado é a difícil acessibilidade na entrada e saída dos autocarros, que condiciona o seu uso e a mobilidade dos idosos. Contudo, os participantes tendem a atribuir essa falta de acessibilidade às suas limitações físicas, não vislumbrando soluções, pois desconhecem as técnicas de acessibilidade.

*“Tenho de ir sempre com uma pessoa porque estou muito mal das pernas, não posso subir nem descer do autocarro porque é muito alto!”* [GB, 79 anos, mulher]

Os participantes sugerem uma maior rentabilização do parque de estacionamento da cidade de forma a melhorar a circulação automóvel.

*“Deviam tornar o parque de estacionamento na baixa mais acessível para que as pessoas não tivessem que estacionar em segunda fila.”* [GD, 61 anos, mulher]

A *habitação* é determinante na independência dos idosos. O aspecto positivo mais referido foi a adaptação da casa (recurso a ajudas técnicas) para as limitações funcionais que tendem a ocorrer com o envelhecimento (por exemplo, dificuldade em utilizar a banheira e subir escadas), que alguns entrevistados já utilizaram nas suas habitações.

Os aspectos negativos mais salientados foram: elevados custos da habitação, pois a mão-de-obra de alguns profissionais é escassa e cara; e a insegurança física na habitação (inclui fatores precipitantes de quedas, tais como pisos escorregadios), agravada para quem vive só.

*“Tenho medo de cair em casa, já caí muitas vezes. Há pouco tempo, tive de ir para o hospital...!”* [GB, 75 anos, mulher]

As sugestões incidem na possibilidade das entidades públicas apoiarem os idosos com fracos rendimentos em pequenas reparações na habitação.

*“O município podia disponibilizar serviços gratuitos a idosos com poucos rendimentos. Por exemplo, uma janela empenada, ...!”* [GD, 61 anos, mulher]

O respeito e a inclusão social dos idosos são influenciados pela cultura, gênero, estado de saúde, situação financeira e transformações sociais. Os participantes tendem a dar poucas sugestões, pois consideram que saber respeitar é algo com que se nasce e não se modifica ao longo da vida (*ou se tem ou não se tem*). O aspecto positivo mais referido é a consideração da opinião dos idosos em tomadas de decisão.

*“O município tem sessões abertas à comunidade. E agora mudaram para a tarde para dar a possibilidade de pessoas idosas poderem assistir.”* [GA, 70 anos, homem]

O aspecto negativo mais referido é a falta de delicadeza e educação da sociedade perante os mais velhos.

*“No domingo na missa, chegou uma senhora idosa de canadianas e não tinha lugar; nenhum jovem se levantou; foi um senhor mais velho que deu o lugar!”* [GC, 76 anos, mulher]

As sugestões incidem no reconhecimento pelo Estado do contributo dos idosos para a comunidade.

*“Acho que o reconhecimento devia ser governamental, principalmente para esses idosos que recebem com uns míseros 300 euros, que não chega para comer e comprar os medicamentos!”* [GD, 65 anos, mulher]

Na participação social, incluem-se as atividades que possibilitam aos idosos manter/melhorar as suas competências, relações de apoio e afeto. O aspeto positivo mais referido é a variedade de atividades disponíveis na cidade, que atendem à

heterogeneidade da comunidade idosa aveirense e facilitam a sua participação.

*“Atividades culturais, há bastantes! Não nos podemos queixar, há teatro, cinema, bailado, música.”* [GD, 69 anos, mulher]

O aspecto negativo mais mencionado foi o elevado preço das atividades, que pode restringir o acesso dos idosos com menos recursos. Os participantes sugerem uma oferta cada vez mais diversificada, com menor custo de forma incluir todos os idosos, independentemente dos interesses e recursos económicos.

A comunicação e a informação são fundamentais para que os idosos conheçam a realidade envolvente, inclui: atividades, eventos e notícias da cidade. O principal aspecto positivo é a acessibilidade da informação, que constitui também o principal aspecto negativo e a essencial sugestão de melhoria. Isto ocorre principalmente porque: i) os dois grupos de pessoas com 75 anos ou mais (GB e GC) referem mais aspectos negativos; ii) os dois grupos entre os 60 e os 74 anos (GA e GD) referem mais aspectos positivos; iii) todos os grupos apresentam sugestões.

*“Falam nos jornais e no boletim municipal. Mas devia haver mais placares naqueles sítios aonde as pessoas idosas vão!”* [GA, 74 anos, homem]

A participação cívica e o emprego podem constituir estratégias para manter a contribuição dos idosos na comunidade. Os principais aspectos positivos centram-se nas experiências de voluntariado e na diversidade de áreas para essa prática. Diversos idosos estão envolvidos em voluntariado em igrejas e lares de idosos.

*“Sou voluntária há 10 anos, num lar da terceira idade! É uma oportunidade fantástica, fazer voluntariado em vez de estar em casa a apanhar neurra.”* [GD, 70 anos, mulher]

O aspecto negativo mais referido é a inexistência de oportunidades de trabalho remunerado; contudo, consideram que os mais velhos não devem tirar o emprego aos mais jovens, pois já são reformados.

As sugestões referem-se à diversificação dos projetos de voluntariado, nomeadamente no apoio a pessoas idosas que vivem sozinhas e com fracos recursos económicos.

O apoio comunitário e serviços de saúde são fundamentais para os cuidados de saúde e independência dos idosos. Os participantes enunciaram como principal aspecto positivo o fato de os serviços de saúde e apoio domiciliário responderem às suas necessidades.

*“Se precisarmos, podemos pedir análises, radiografias... medem-nos a tensão, tratam-nos os pés, pintam-nos as unhas...!”* [GC, 75 anos, mulher]

O principal aspecto negativo centra-se na inexistência de um lar no centro da cidade; as respostas sociais localizam-se na periferia, dificultando a visita dos familiares e amigos e fazendo o idoso sentir-se *deslocado*. Sugerem a redução do preço dos cuidados de saúde, referindo que as pessoas com escassos rendimentos deveriam ter direito a consultas de especialidade gratuitas, assim como ajudas técnicas e lares acessíveis economicamente.

## DISCUSSÃO

Os participantes percebem Aveiro como uma cidade em que os idosos apreciam viver, salientando a sua beleza natural e relevo plano. Os participantes apontam aspectos positivos em todos os tópicos, mas referem mais aspectos negativos (do que positivos). Em investigação, tem-se observado que, em geral, os participantes têm mais facilidade em referir aspectos negativos, pois o que está bem (positivo) é tomado como garantido e não causa estresse<sup>13</sup>. Para além disto, a Cidade de Aveiro (como a maioria das cidades um pouco por todo o mundo) tem dado pouca atenção às necessidades específicas dos mais velhos. Provavelmente, porque o envelhecimento da população e a sua concentração em zonas urbanas é um fenómeno recente, embora de rápido desenvolvimento, que surpreendeu as autoridades locais. Assim, Aveiro tem de investir no processo

de ser cada vez mais amiga dos seus cidadãos mais idosos.

O principal elemento positivo é o fácil acesso à informação, o que constitui fator fulcral para a resposta adequada às necessidades individuais. Mas este aspecto se destaca também pela negativa. Os dados indicam que os idosos com mais de 75 anos referem mais aspectos negativos e aqueles com idade entre 60 e 74 anos, mais positivos. Isto parece sugerir que a informação é mais acessível a pessoas com mais funcionalidade, que se podem deslocar aos locais onde a informação é disponibilizada (por exemplo, vitrinas). Além disso, estes idosos frequentam mais cafés, onde trocam informação com outras pessoas e lêem o jornal disponibilizado com frequência nesses locais. Os mais velhos, por norma, com mais limitações funcionais, estão mais restritos à sua casa e ao centro de dia/convívio. Assim, parece relevante, por exemplo, que nos centros de dia/convívio existam jornais e também vitrinas de informação sobre a cidade.

Entre os tópicos mais referidos pela negativa, destacam-se os “espaços exteriores e edifícios” e os “transportes”. Estas áreas constituem elementos fundamentais do ambiente físico duma cidade, indispensáveis ao envelhecimento ativo. Em diversas cidades (incluindo Himeji, Mayaguez, Melbourne e Nova Deli), foi salientada a importância dos novos edifícios serem acessíveis às características das pessoas idosas<sup>5</sup>. Em Aveiro, já é reconhecida a boa acessibilidade de diversos edifícios públicos; contudo, há muitas referências negativas, principalmente sobre problemas nos espaços públicos de circulação pedonal, um tema transversal partilhado por idosos de Moscovo, Rio de Janeiro, México, La Plata e Ponce<sup>5</sup>.

Os participantes aveirenses recomendam o aumento dos espaços verdes e zonas de repouso, salientando a necessidade de conservação e manutenção.

Quanto aos transportes públicos, referem como principal obstáculo a falta de acessibilidade na entrada e saída dos autocarros (por exemplo, na cidade de Udine é referida a altura dos degraus dos autocarros)<sup>5</sup>.

Os dados revelam a heterogeneidade da população idosa aveirense, evidente nas diferentes preocupações e visões da realidade urbana dos grupos de participantes. Sugere-se que a idade, tipo de instituição frequentada, habilitações académicas e percepção do estado de saúde são elementos que influenciam a capacidade de participação e iniciativa dos idosos. Por exemplo, verifica-se que os participantes mais idosos de classe socioeconômica baixa, que frequentam o centro de dia, são menos participativos: indicam menos aspectos positivos, negativos e sugestões. A cidade deve estar atenta aos idosos com menos iniciativa, por norma os mais idosos e/ou de classe mais baixa.

Os participantes salientaram a necessidade de medidas de apoio (serviços sociais, recreativos e de saúde gratuitos e apoio de voluntariado) para dois grupos de idosos mais vulneráveis: os que vivem sós e/ou apresentam baixos rendimentos. Neste contexto, enfatizam a necessidade de mais e maior variedade de iniciativas de voluntariado a desenvolver por idosos para idosos: oportunidade para responder às necessidades dos que precisam, pelos que querem e podem colaborar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde, o bem-estar e o envelhecimento são temas relevantes na sociedade contemporânea, vinculados pelos meios de comunicação social, por um crescente número de cidadãos e pela agenda política internacional e nacional. Neste contexto, as populações desenvolvem expectativas para alcançarem patamares mais elevados de qualidade de vida, envolvendo a participação ativa em decisões da comunidade. Este momento constitui

uma oportunidade para o desenho de estratégias e intervenções capazes de promover o “viver mais” de forma saudável, independente e ativa, o que beneficia o indivíduo e a comunidade.

Este estudo na cidade de Aveiro (uma cidade pequena) é mais um contributo para a promoção do envelhecimento ativo, pelos resultados obtidos e por *dar voz* aos mais idosos. Uma das medidas importantes será a manutenção de um grupo de idosos (informantes privilegiados) que sejam ouvidos com regularidade pelas autoridades locais para apoiar as transformações urbanas. Consideramos que o município deve ter um papel relevante, constituindo esse grupo e promovendo reuniões bianuais para discussão.

Este estudo apresenta algumas limitações relacionadas com a amostra: os grupos são homogêneos em relação ao gênero (3 compreendem apenas mulheres e 1 somente homens), o que poderá influenciar os resultados, devido ao relevo das diferenças de gênero na velhice; o tipo de amostragem recorreu à colaboração de instituições comunitárias, o que excluiu idosos sem ligações institucionais. Nesta fase centramo-nos na opinião dos cidadãos idosos, mas afigura-se relevante realizar grupos focais (tal como proposto pela OMS), envolvendo cuidadores de idosos e profissionais que trabalhem direta ou indiretamente com aspectos associados ao envelhecimento.

Emerge como relevante a replicação do estudo noutras cidades Portuguesas para caracterizar os meios urbanos nacionais, avaliando as condições de promoção do envelhecimento ativo e facilitando o intercâmbio de boas práticas entre autoridades locais.

## REFERÊNCIAS

1. Barca F. Agenda for a Reformed Cohesion Policy: a place-based approach to meeting European Union challenges and expectations. Independent Report prepared at the request of Danuta Hübner, Commissioner for Regional Policy. 2009.
2. Comissão Europeia, Direcção-Geral da Política Regional. As Regiões e a Mudança Económica: Respostas da política regional aos desafios demográficos. Bruxelas: 2007. 24p. Disponível em URL: [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/presenta/demo/demochallenge\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/demo/demochallenge_pt.pdf)
3. Commission of the European Communities. Regions 2020: an assessment of future challenges for EU regions. Bruxelas: 2008. 47p. Disponível em URL: [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docoffic/working/regions2020/pdf/regions2020\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/working/regions2020/pdf/regions2020_en.pdf)
4. Commission of the European Communities. Promoting Sustainable Urban Development in Europe: achievements and opportunities. Bruxelas: 2009. 60p. Disponível em URL: [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/presenta/urban2009/urban2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/urban2009/urban2009_en.pdf)
5. World Health Organization. Global Age-Friendly Cities: A guide. Genebra: 2007. 82p. Disponível em URL: [http://who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)
6. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Genebra: 2002. 60p. Disponível em URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
7. Instituto Nacional de Estatística. Retrato territorial de Portugal 2005. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2007. 318p. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=379068&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=379068&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)
8. Instituto Nacional de Estatística. Projecções População Residente em Portugal 2008-2060; 2009. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=66023625&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y)
9. Cruz V. Plano de Urbanização da Cidade de Aveiro VII. Aveiro: Câmara Municipal de Aveiro; 2004.
10. Hespanha P, *et al.* População e Território. In: Hespanha P, *et al.* Horizontes Sociais. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2001. p.11-24.
11. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=133411&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=133411&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2)
12. World Health Organization. Who Age-Friendly Cities Project Methodology: Vancouver Protocol. Genebra: 2007. 26p. Disponível em URL: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pessoa\\_idosa/protocolo\\_vancouver\\_cidade\\_amiga\\_do\\_idoso.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/protocolo_vancouver_cidade_amiga_do_idoso.pdf)
13. Tripp D. Critical incidents in teaching: developing Professional judgement. 1ª edição. Londres: Routledge; 1993. 164p.

Recebido: 10/11/2009

Revisado: 09/7/2010

Aprovado: 30/7/2010

## Anexo 1

### Guia da entrevista em Grupo Focal

Em todos os tópicos, gostaríamos de conhecer as vossas experiências positivas e negativas e que referissem as vossas ideias para melhorar a situação actual.

#### **Tópico 1. Espaços exteriores e edifícios**

Como é sair de casa para dar um passeio, fazer algum recado ou visitar alguém? Como é entrar em edifícios como serviços públicos ou lojas?

**Perguntar por:** design e manutenção de passeios e calçadas; cruzamentos e passadeiras da rua; volume de tráfego e ruído; alturas particulares do dia, como a noite; condições climatéricas; espaços verdes, zonas pedonais; iluminação das ruas; protecção do sol, chuva ou vento; bancos e áreas de repouso; sensação de segurança física; sensação de segurança em relação a ser vítima de algum crim; dentro dos edifícios: escadas, portas, elevadores, corredores, pavimentos, iluminação, sinalização, casas de banho, salas de espera.

#### **Tópico 2. Transportes**

Descrevam a vossa experiência enquanto utilizadores dos transportes públicos (autocarro, comboio, metro, ...), e enquanto condutores na vossa comunidade.

**Perguntar acerca dos transportes públicos:** preço acessível; proximidade das paragens; facilidade de entrar; frequência de passagem; pontualidade; percursos/rotas; paragens com bancos, luz e protecção do tempo (vento, chuva ou sol); segurança em relação ao crime; adaptações para pessoas com incapacidades.

**Perguntar aos condutores por:** sinais de trânsito legíveis; números das ruas legíveis; iluminação nos cruzamentos e entroncamentos; sinais de trânsito fáceis de entender; estacionamento suficientes, próximos e reservados para pessoas com deficiência; lugares para largar e apanhar pessoas; cursos de actualização/renovação para condutores.

#### **Tópico 3. Habitação**

Falem-nos do apartamento ou casa em que vivem? Se as vossas necessidades se alterarem, quais são as escolhas de alojamento que a comunidade pode oferecer?

**Perguntar por:** aceitabilidade; custo; conforto; segurança física; segurança em relação ao crime; proximidade dos serviços; mobilidade em casa; facilidade em arrumar e chegar aos objectos; realização das tarefas domésticas.

#### **Tópico 4. Respeito e inclusão social**

De que forma a comunidade demonstra ou não respeito por vós enquanto pessoas idosas? De que forma a comunidade vos inclui enquanto pessoas idosas nas actividades e eventos?

**Perguntar por:** delicadeza e educação; disponibilidade para escutar; prestação de auxílio; capacidade de resposta às necessidades através de serviços ou programas; consulta na tomada de decisões; escolhas oferecidas; reconhecimento público do contributo das pessoas idosas; actividades intergeracionais.



**Tópico 5. Participação social**

Têm facilidade em conviver na vossa comunidade? Falem-nos sobre a vossa participação noutras actividades, como: actividades recreativas, culturais, espirituais/religiosas?

**Perguntar acerca das actividades sociais e de lazer:** preço acessível; acesso; frequência; localização e horário conveniente; oferta variada; interesse.

**Tópico 6. Comunicação e informação**

Na vossa comunidade têm acesso à informação que necessitam, por exemplo sobre serviços ou eventos? Podem conseguir esta informação por telefone, rádio, televisão, imprensa escrita ou pessoalmente?

**Perguntar por:** acessibilidade; utilidade, compreensão; dificuldades na utilização de sistemas automatizados, formato e tamanho da publicação.

**Tópico 7. Participação cívica e emprego**

Falem-nos da vossa participação em voluntariado? Falem-nos da vossa participação em trabalho remunerado; se actualmente estão empregados ou à procura de trabalho remunerado? Falem-nos da vossa participação em assuntos públicos comunitários, como associações comunitárias, ou município/junta de freguesia?

**Perguntar por:** disponibilidade da informação; oportunidades acessíveis; variedade de oportunidades; atractividade; reconhecimento; remuneração (trabalho remunerado); ajustamento às capacidades e/ou competências das pessoas idosas; ajustamento às preferências; formas usadas para motivar a participação de pessoas idosas.

**Tópico 8. Apoio comunitário e serviços de saúde**

Qual a vossa experiência com os serviços comunitários que apoiam as pessoas idosas?

**Perguntar por:** serviços disponíveis; acessibilidade; preço; resposta dos serviços às necessidades individuais.

**Pergunta de finalização** – Antes de acabarmos, gostaríamos de saber se existem outros assuntos ou áreas que não discutimos e que queiram abordar?



# Fatores de risco para mortalidade de idosos com infecção do sítio cirúrgico

*Risk factors for mortality of elderly with surgical site infection*

Maria Helena Lenardt<sup>1</sup>  
Susanne Elero Betioli<sup>2</sup>  
Mariluci Hautsch Willig<sup>3</sup>  
Tânia Maria Lourenço<sup>4</sup>  
Nathalia Hammerschmidt Kolb Carneiro<sup>5</sup>  
Dâmarys Kohlbeck de Melo Neu<sup>6</sup>

## Resumo

*Objetivo:* relacionar os fatores de risco para a mortalidade em idosos submetidos a cirurgias abdominais com infecção do sítio cirúrgico. *Método:* trata-se de estudo quantitativo descritivo transversal do tipo retrospectivo, realizado em hospital de ensino de Curitiba-PR. O período amostral foi de janeiro de 1999 a dezembro de 2008. Os dados foram coletados por meio de instrumento estruturado em fontes secundárias: registro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e prontuário do paciente. A amostra foi composta por registros de 114 idosos com infecção do sítio cirúrgico. Foram investigadas variáveis classificadas em três categorias: perfil clínico, internação cirúrgica e procedimentos cirúrgicos dos idosos. Os dados foram analisados no programa Epi Info versão 6.04 e considerados estatisticamente significativos quando  $p < 0,05$ . *Resultados:* os hábitos de vida e doenças preexistentes não se mostraram significativamente associados à mortalidade. Infere-se que o maior tempo de hospitalização, a infecção do sítio cirúrgico em cavidade, a realização de duas ou mais cirurgias e as cirurgias emergenciais possuem relação significativa com o risco para mortalidade. A reinternação do idoso apresentou relação com valores significativos para alta hospitalar. *Conclusão:* conhecer os fatores que influenciam na evolução para óbito desses pacientes possibilita aos profissionais de saúde ampliar as possibilidades de administrar o cuidado gerontológico e intervir nos fatores de risco para a mortalidade.

**Palavras-chave:** Idoso.  
Infecção da ferida  
operatória. Mortalidade.

## Abstract

*Purpose:* to relate risk factors for mortality in elderly patients undergoing abdominal surgery with surgical site infection. *Method:* it is a descriptive quantitative cross-sectional retrospective study, performed in teaching hospital in Curitiba-PR. The sample period was from January 1999 to December 2008. Data were collected through structured instrument in secondary sources: Registration Service Infection Control and the patient's chart. A sample consisted of records of 114 elderly patients with

<sup>1,3,4</sup> Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - GMPI. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2,5,6</sup> Universidade Federal do Paraná. Curso de Graduação em Enfermagem. Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - GMPI

Correspondência / Correspondence

Susanne Elero Betioli

E-mail: susanne.elero@yahoo.com.br

surgical site infection. Variables were investigated classified into three categories: clinical, surgical hospitalization and surgical procedures among the elderly. Data were analyzed using Epi Info version 6.04 and were considered statistically significant when  $p < 0,05$ . *Results:* life habits and preexisting conditions were not significantly associated with mortality. It is inferred that the longer hospitalization, surgical site infection in the cavity, the combination of two or more surgeries and emergency surgery were significantly related to mortality risk. The readmission of elderly related the significant values for discharge. *Conclusion:* knowing the factors that influence the progression to death of these patients allows nurses to extend the possibilities of managing the geriatric care and intervene in risk factors for mortality.

**Key words:** Aged. Surgical wound infection. Mortality.

## INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população, observa-se um maior número de internações de idosos por intercorrências clínicas e cirúrgicas<sup>1</sup>. Este fato é preocupante, uma vez que o internamento expõe o idoso ao risco aumentado de adquirir infecção, em função das alterações fisiológicas do envelhecimento, do declínio da resposta imunológica e da realização de procedimentos invasivos<sup>2</sup>.

As infecções hospitalares são eventos indesejáveis, particularmente no período pós-operatório dos idosos, porque contribuem para a morbidade e mortalidade. O Ministério da Saúde define infecção hospitalar como “aquela adquirida após a admissão do paciente e cuja manifestação ocorreu durante a internação ou após a alta, podendo ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”<sup>3</sup>. No contexto do internamento do idoso que desenvolve infecção hospitalar, destaca-se um aumento dos custos e de quatro dias, em média de internação, além dos índices de mortalidade na população acometida<sup>4</sup>.

As topografias mais frequentes de infecções hospitalares são divergentes entre a literatura utilizada. Em estudo<sup>5</sup> realizado em serviço de cirurgia geral de um hospital universitário de Pernambuco, foram avaliadas 14.694 cirurgias, no período de 23 anos, das quais a maior incidência de infecção ocorreu no sítio cirúrgico, em 1.622 (11%) cirurgias. Corrobora os achados desta pesquisa o estudo<sup>6</sup> realizado em Natal (Rio Grande do Norte), que aponta que a infecção

em sítio cirúrgico ocupa o primeiro lugar entre as demais topografias. Outra pesquisa<sup>7</sup>, realizada em hospital público do interior paulista, mostra as infecções do trato urinário como as mais frequentes e, em segundo lugar, aquelas referentes ao sítio cirúrgico. O sítio cirúrgico ocupa o terceiro lugar das topografias mais frequentes de infecção hospitalar no idoso<sup>8,9</sup>.

Um agravo inesperado, como a infecção do sítio cirúrgico, pode retardar a convalescença do idoso, aumentar o tempo de permanência hospitalar e o risco de desenvolver outras complicações, até mesmo chegar à morte.

Em estudo<sup>9</sup> realizado com 322 indivíduos idosos que apresentaram infecção hospitalar, a taxa geral de mortalidade encontrada foi equivalente a 9,8%. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC-P), 77% dos óbitos em pacientes idosos cirúrgicos estão relacionados à infecção, e 93% dessas estão relacionadas às infecções que envolvem órgãos e cavidades exploradas durante a cirurgia<sup>10</sup>.

A caracterização da infecção do sítio cirúrgico pode ser considerada superficial, profunda e de órgão ou cavidade, sendo que conforme essa caracterização, dois terços das infecções correspondem às superficiais e profundas e um terço às de órgão ou cavidade<sup>11</sup>.

O efeito da infecção do sítio cirúrgico na mortalidade, assim como da duração da hospitalização e dos custos hospitalares, tem sido descrito na população em geral, mas esses são dados limitados quando se trata de pacientes cirúrgicos idosos<sup>12</sup>. Kaye et al.

demonstraram que a infecção do sítio cirúrgico possui efeito adverso significativo nos pacientes idosos, resultando em maior risco de mortalidade<sup>12</sup>.

No Brasil, há carência de estudos que analisam os fatores de risco para mortalidade, relacionados ao desenvolvimento de infecção do sítio cirúrgico na população idosa. Nesse sentido, conhecer os fatores que influenciaram na evolução para óbito desses pacientes possibilita uma atuação efetiva na prevenção dessa complicação.

O presente estudo objetivou relacionar os fatores de risco para a mortalidade em idosos submetidos a cirurgias abdominais com infecção do sítio cirúrgico.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo descritivo do tipo transversal retrospectivo, realizado em um hospital de ensino localizado em Curitiba, capital do Estado do Paraná. A população foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, submetidos a cirurgias abdominais e que apresentaram infecção do sítio cirúrgico. O período amostral compreendeu janeiro de 1999 a dezembro de 2008, o que representou dez anos de investigação.

Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2009, por meio de instrumento estruturado, em duas fontes secundárias: a primeira nos registros de infecção do sítio cirúrgico, realizados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH); e a segunda, nos prontuários dos idosos identificados na primeira fonte, quanto ao registro do Serviço de Cirurgia Geral. A amostra foi composta por registros de 114 idosos com infecção do sítio cirúrgico.

Os critérios de inclusão do estudo foram: apresentar idade igual ou superior a 60 anos completos até a data de realização da cirurgia; constar no registro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar a infecção nosocomial na topografia de sítio cirúrgico; ter sido internado

no serviço de cirurgia geral para a realização da cirurgia; e ter sido submetido à cirurgia abdominal e encaminhado, após o procedimento, para internamento no Serviço de Cirurgia Geral.

Foram investigadas as variáveis do idoso: idade, gênero, estado civil, ocupação profissional, hábitos de vida e presença de doenças preexistentes. As variáveis da internação cirúrgica identificadas são: período de hospitalização pré-operatória, tempo de internação, uso de antibioticoprofilaxia, uso de dreno, reinternação e caracterização da infecção no sítio cirúrgico. Foram ainda investigadas as seguintes variáveis do procedimento cirúrgico: número de procedimentos realizados por idoso, classificação da cirurgia – caráter eletivo ou de emergência –, a primeira cirurgia realizada, duração da cirurgia em minutos, potencial de contaminação, índice *American Society Anesthesiology* (ASA), tipo de anestesia e administração de hemoderivado durante o procedimento.

Os dados foram organizados em planilha Excel e analisados com o programa computacional EpiInfo versão 6.04. Os resultados foram apresentados descritivamente e em tabelas. Na análise estatística, foram considerados os casos válidos em cada variável investigada. Para investigar a associação entre as variáveis do estudo e o desfecho de óbito, foi usado o teste exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Para os testes estatísticos, adotou-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde, sob parecer CAAE: 0129.0.208.000-09. A identidade dos idosos incluídos no estudo foi preservada mediante a utilização de código estabelecido para a publicação dos resultados, mantendo esta ordem em todo processo de análise e discussão das informações apresentadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram levantados registros de 114 idosos com infecção do sítio cirúrgico, com idade entre 60 e 91 anos (média = 69,8;  $\pm$  7,21).

Em relação ao desfecho, verificou-se que 77 (67,5%) idosos receberam alta hospitalar, e 37 (32,5%) foram a óbito devido à complicação cirúrgica. Esses dados representam, para a população estudada, um índice de mortalidade estimado em 32,4%

com intervalo de 95% de confiança dado por 23,9% a 41,1%.

Na tabela 1 são apresentados os resultados de variáveis que descrevem o perfil do idoso, incluindo gênero, idade, estado civil e ocupação profissional.

**Tabela 1 – Perfil do idoso com infecção do sítio cirúrgico. Curitiba-PR, 2010.**

Variável	Classificação	n (%)
Gênero	Masculino	69 (60,5)
	Feminino	45 (39,5)
Idade	60 a 69 anos	64 (56,1)
	70 a 79 anos	41 (36)
	80 anos ou mais	9 (7,9)
Estado Civil	Casado(a)	76 (66,7)
	Viúvo(a)	24 (21)
	Solteiro(a)	6 (5,3)
	Outros*	8 (7)
Ocupação	Aposentado	59 (51,8)
	Do lar	24 (21)
	Agricultor	10 (8,8)
	Outras**	21 (18,4)
TOTAL		114 (100)

Resultado expresso por frequência (percentual).

\* Outros estados civis incluem: desquitado (5) e sem registro (3).

\*\* Outras ocupações incluem: auxiliar administrativo (3), cobrador (1), contador (1), desempregado (2), garçom (1), jardineiro (1), motorista (1), pedreiro (1), porteiro (2), vendedor (4), vigia (1) e sem registro (3).

Observou-se maior número de idosos do gênero masculino (n=69; 60,5%), e a faixa etária de 60 a 69 anos (n=64) representou 56,1% da amostra. Os extremos de idade estão relacionados à maior risco de infecção do sítio cirúrgico; no entanto, autores<sup>13</sup> afirmam que para o gênero não existe essa relação. Os idosos com 80 anos ou mais representaram 7,9% da amostra. O número elevado de procedimentos cirúrgicos realizados

nesses pacientes nos últimos anos permite justificar a presença de idosos muito idosos, devido ao crescimento dessa população específica e ao aumento da expectativa de vida<sup>14</sup>.

Foram investigados os hábitos de vida e as doenças preexistentes (variáveis do perfil clínico dos idosos) em relação ao desfecho para alta ou óbito, os quais se evidenciam na tabela 2.

**Tabela 2** – Perfil clínico do idoso em relação ao desfecho de alta ou óbito. Curitiba-PR, 2010.

Variável	Classif	n	Alta	Óbito	Valor de p*
<b>Hábitos de vida</b>					
Tabagista	Sim	57	37 (64,9)	20 (35,1)	0,681
	Não	50	35 (70)	15 (30)	
Etilista	Sim	73	48 (65,8)	25 (34,2)	1
	Não	31	21 (67,7)	10 (32,3)	
<b>Doenças preexistentes</b>					
Hipertensão	Sim	54	37 (68,5)	17 (31,5)	0,838
	Não	54	35 (64,8)	19 (35,2)	
Diabetes	Sim	24	17 (70,8)	7 (29,2)	0,806
	Não	81	53 (65,4)	28 (34,6)	
DPOC	Sim	21	13 (61,9)	8 (38,1)	0,793
	Não	66	44 (66,7)	22 (33,3)	
Cardiopatia	Sim	20	17 (85)	3 (15)	0,104
	Não	75	48 (64)	27 (36)	
Neoplasia	Sim	45	26 (57,8)	19 (42,2)	0,084
	Não	53	40 (75,5)	13 (24,5)	
Obesidade	Sim	5	4 (80)	1 (20)	0,665
	Não	107	71 (66,4)	36 (33,6)	

Resultados expressos por frequência (percentual)

\* Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$

Observa-se na tabela do perfil clínico do idoso, referente aos hábitos de vida, um número expressivo de idosos etilistas ( $n=73$ ; 64%); entretanto, esse hábito e o tabagismo ( $n=57$ ; 50%) não foram significativamente relacionados à mortalidade ( $p=1$ ; e  $p=0,681$ , respectivamente). Não havia o registro de tabagismo e etilismo para sete (6,1%) e 10 (8,8%) idosos, respectivamente. O fator tabagismo apenas eleva os riscos de infecção do sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas<sup>13,15</sup>, o que permite ressaltar a não significância, no presente estudo, dessa variável relacionada ao paciente, por se tratar de cirurgias abdominais. Nunes & Oliveira<sup>16</sup> apontam o tabagismo como fator de maior propensão ao desenvolvimento de feridas, com risco aumentado de necrose dos tecidos.

As doenças preexistentes investigadas não se apresentaram como fatores de risco significativos

para o desfecho de mortalidade entre os idosos com infecção do sítio cirúrgico. Não havia registro de hipertensão e de diabetes para seis (5,2%) e nove (7,9%) idosos, respectivamente. Para a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 27 (23,7%) prontuários não continham essa informação. Não apontaram registros de cardiopatia em 19 (16,6%) idosos e de neoplasia e obesidade, para 16 (14%) e dois (1,8%) prontuários, respectivamente. O diabetes<sup>16,17</sup>, a obesidade e as neoplasias<sup>7,13,15</sup> são fatores importantes a serem considerados na infecção do sítio cirúrgico, mas não analisam sua relação com a mortalidade. Estudos apontam que as neoplasias sugerem fator de risco apenas quando acompanhadas de déficit imunológico<sup>16,18</sup>.

Na tabela 3, descrevem-se os dados referentes à internação cirúrgica do idoso em relação ao desfecho para alta e óbito, que incluem: período

de hospitalização pré-operatória, tempo de internação, uso de antibioticoprofilaxia, uso de dreno, reinternação e caracterização da infecção no sítio cirúrgico.

O tempo mínimo de internação foi de três dias e o máximo de 80 dias, sendo a média de

25 ± 17 dias de internação. Em relação ao tempo de hospitalização pré-operatória, observou-se máximo de 32 dias, e o mínimo quando < 1 dia, nos casos em que o idoso se submeteu à cirurgia no mesmo dia do internamento. A média de dias de internação pré-operatória apresentou-se com acentuada dispersão, sendo a média igual a 4 ± 7 dias.

**Tabela 3** – Internação cirúrgica do idoso em relação ao desfecho de alta ou óbito. Curitiba - PR, 2010.

Variável	Classif	n	Alta	Óbito	Valor de p*
Tempo de hospitalização pré-operatória	0 dia	15	8 (53,3)	7 (46,7)	0,314
	1 dia	31	22 (71)	9 (29)	
	2 a 7 dias	40	31 (77,5)	9 (22,5)	
	8 a 14 dias	13	7 (53,8)	6 (46,2)	
	> 14 dias	10	6 (60)	4 (40)	
Tempo de internação	1 a 7 dias	14	13 (92,9)	1 (7,1)	0,035*
	8 a 30 dias	70	44 (62,9)	26 (37,1)	
	31 a 60 dias	24	18 (75)	6 (25)	
	61 a 80 dias	6	2 (33,3)	4 (66,7)	
Antibioticoprofilaxia	< 2 horas	8	6 (75)	2 (25)	0,860
	> 2 horas	16	11 (68,8)	5 (31,3)	
	Não	88	58 (65,9)	30 (34,1)	
Uso de dreno	Sim	35	19 (54,3)	16 (45,7)	0,080
	Não	74	54 (73)	20 (27)	
Reinternação	Sim	21	18 (85,7)	3 (14,3)	0,023*
	Não	75	44 (58,7)	31 (41,3)	
Infecção do sítio cirúrgico	Superficial	29	23 (79,3)	6 (20,7)	< 0,001*
	Profunda	28	25 (89,3)	3 (10,7)	
	Cavidade	44	20 (45,5)	24 (54,5)	

Resultados expressos por frequência (percentual)

\* Teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, p < 0,05

O tempo de hospitalização pré-operatória do idoso para a realização de procedimento cirúrgico não demonstrou relação significativa (p=0,314) com a mortalidade. Para cinco (4,4%) prontuários, essa informação não foi encontrada. De acordo com vários estudos<sup>5,7,13,19</sup>, quanto maior o tempo de hospitalização pré-operatória, maior será o risco do paciente em colonizar-se com a microbiota

hospitalar, o que contribui para o aumento de infecção do sítio cirúrgico. As taxas médias de incidência de infecção são de 1,2% para um dia de internação pré-cirúrgica, 2,1% para uma semana, e 3,4% para um período superior a duas semanas<sup>13</sup>. Em estudo realizado por Ferraz e colaboradores<sup>5</sup>, o internamento pré-operatório acima de três dias dobrou as taxas de infecção da ferida cirúrgica.



Houve associação significativa ( $p=0,035$ ) entre o tempo total de internação do idoso (período pré e pós-operatório) e a mortalidade. Observou-se que os idosos com internamentos prolongados, de 61 a 80 dias, apresentaram maior mortalidade quando comparados aos idosos com internamentos de um a sete dias. Autores<sup>9,12</sup> afirmam que o maior tempo de internação relaciona-se ao aumento da mortalidade desses pacientes. Em estudo<sup>9</sup> desenvolvido com 322 idosos internados em hospital universitário, o tempo médio de internação dos que não apresentaram infecção foi de 6,9 dias, e elevou para 15,7 dias para aqueles que adquiriram infecção hospitalar, com um valor significativo ( $p < 0,05$ ). Os mesmos autores encontraram que 300 (90,4%) pacientes evoluíram para alta, e 32 (9,6%), para óbito.

Nos procedimentos referentes à primeira cirurgia realizada, percebeu-se a prática da antibioticoprofilaxia em apenas 24 idosos (21%). Destes, oito receberam antibiótico até duas horas antes da realização da cirurgia, e para 16 idosos esses medicamentos foram administrados com mais de duas horas de antecedência da cirurgia, motivo pelo qual algumas cirurgias desenvolveram infecção. Ainda, para dois (1,8%) idosos, essa informação não foi encontrada no prontuário. O uso profilático de antibióticos em procedimentos cirúrgicos tem por objetivo prevenir a infecção sistêmica ou da ferida operatória<sup>20</sup>, e deve ser administrado, preferencialmente, de 30 minutos até duas horas antes do início da cirurgia<sup>14,20</sup>. Dessa forma, o antibiótico atinge níveis tissulares no momento em que a incisão é realizada<sup>21</sup>. Nesta pesquisa, dos 24 idosos que receberam a medicação profilática, apenas oito a realizaram de maneira adequada, o que permite questionar a eficácia dos demais.

A utilização de dreno foi observada em 35 (30,7%) idosos com infecção do sítio cirúrgico. Em cinco (4,4%) prontuários, essa informação não foi registrada. Estudos<sup>7,13</sup> demonstram que os drenos atuam como vias de acesso para invasão de tecidos previamente estéreis, o que permite a

infecção do sítio cirúrgico. No presente estudo, o uso de dreno após o procedimento cirúrgico apresentou uma tendência a que pacientes que usam dreno tenham maior chance de mortalidade do que aqueles que não usam dreno ( $p = 0,080$ ).

A infecção do sítio cirúrgico aumenta em média 5,5 vezes a possibilidade de reinternação, permanecendo o paciente hospitalizado por aproximadamente 12 dias<sup>13</sup>. Os idosos submetidos à reinternação evoluíram para alta hospitalar, com relação estatisticamente significativa ( $p=0,023$ ). Entretanto, esperava-se que a reinternação estivesse relacionada ao aumento da mortalidade entre os idosos, por se tratar de um aumento no período de internação total. Ressalta-se que essa informação não foi encontrada em 18 (15,7%) prontuários.

Outro fator que esteve significativamente associado com a mortalidade corresponde à caracterização da infecção no sítio cirúrgico ( $p=0,001$ ). Verificou-se a não observância nos registros de 13 (11,4%) idosos sobre essa variável pesquisada. Observou-se que, entre os idosos com infecções superficiais ou profundas ( $n=57$ ), apenas nove (15,8%) foram a óbito, enquanto que entre os 44 idosos com infecções de cavidade, 24 (54,5%) tiveram o mesmo desfecho.

Em estudo realizado com 5.742 pacientes<sup>20</sup>, verificou-se a ocorrência de 296 infecções do sítio cirúrgico (5,1%), sendo 191 caracterizadas como superficiais, 58 de incisão profunda e 47 de órgão ou cavidade. Os dados encontrados convergem aos de outro estudo<sup>11</sup>, no qual a infecção do sítio cirúrgico de cavidade prevaleceu entre os idosos.

Os resultados referentes à caracterização do procedimento cirúrgico são apresentados na tabela 4. Foram investigados: procedimentos cirúrgicos realizados por idoso, classificação cirúrgica, primeira cirurgia realizada, duração do procedimento, potencial de contaminação, índice ASA, anestesia e administração de hemoderivado durante o procedimento.

**Tabela 4 – Procedimento cirúrgico realizado no idoso em relação ao desfecho de alta ou óbito. Curitiba - PR, 2010.**

Variável	Classif	n	Alta	Óbito	Valor de p*
Procedimentos cirúrgicos	1	54	43 (79,6)	11 (20,4)	0,005*
	≥ 2	57	31 (54,4)	26 (45,6)	
Procedimentos realizados por idoso	1	54	46 (85,2)	8 (14,8)	0,001*
	2	39	20 (51,3)	19 (48,7)	
	3	11	6 (54,5)	5 (45,5)	
	4	6	2 (33,3)	4 (66,7)	
Classificação cirúrgica	Eletiva	88	65 (73,9)	23 (26,1)	0,017*
	Emergência	20	9 (45)	11 (55)	
Primeira cirurgia realizada	Colecistectomia	21	14 (66,7)	7 (33,3)	0,159 <sup>a</sup>
	Herniorrafia	17	15 (88,2)	2 (11,8)	
	Intestinal	52	35 (67,3)	17 (32,7)	
	Gástrica	11	5 (45,5)	6 (54,5)	
	Laparotomia	2	1 (50)	1 (50)	
	Outras**	11	7 (63,6)	4 (36,4)	
Duração da cirurgia (min)	Até 60	6	5 (83,3)	1 (16,7)	0,460
	61 a 120	17	12 (70,6)	5 (29,4)	
	121 a 180	26	19 (73,1)	7 (26,9)	
	181 a 240	33	24 (72,7)	9 (27,3)	
	241 a 300	19	9 (47,4)	10 (52,6)	
	> 300	6	4 (66,7)	2 (33,3)	
Potencial de contaminação	Limpa	17	13 (76,5)	4 (23,5)	0,879 <sup>b</sup>
	Potenc contam	33	23 (69,7)	10 (30,3)	
	Contaminada	21	15 (71,4)	6 (28,6)	
	Infectada	1	1 (100)	0 (0)	
Índice ASA	I	23	14 (60,9)	9 (39,1)	1
	II	46	31 (67,4)	15 (32,6)	
	III	35	24 (68,6)	11 (31,4)	
	IV	6	4 (66,7)	2 (33,3)	
Anestesia	Geral	91	59 (64,8)	32 (35,2)	0,129
	Peridural	12	10 (83,3)	2 (16,7)	
	Raquidiana	5	5 (100)	0 (0)	
Administ. de hemoderivado durante o proced	Sim	14	8 (57,1)	6 (42,9)	0,380
	Não	96	66 (68,8)	30 (31,3)	

Resultados expressos por frequência (percentual)

\* Teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher,  $p < 0,05$

<sup>a</sup> Excluídas os casos de laparotomia e outras cirurgias.

<sup>b</sup> Excluídos os casos de cirurgias infectadas.

\*\* Outras cirurgias incluem: apendicectomia (2), hepatectomia (1), dermolipectomia (2), desbridamento (2), drenagem de abscesso (2), pancreatectomia (1) e duodenopancreatectomia (1).

A submissão a apenas um procedimento cirúrgico apresentou relação significativa ( $p=0,005$ ) com evolução para alta hospitalar. Para três (2,6%) idosos, não foi possível verificar essa informação. Desta forma, pode-se inferir que a necessidade de realização de dois ou mais procedimentos cirúrgicos durante o período de internação é considerada fator de risco para mortalidade. Do mesmo modo, a realização de quatro procedimentos cirúrgicos foi considerada, nesse estudo, fator de risco para mortalidade estatisticamente significativo ( $p=0,001$ ). Ainda, quatro (3,5%) prontuários não registravam esse dado.

A realização de dois ou mais procedimentos cirúrgicos inclui as laparotomias exploradoras, geralmente relacionadas aos sinais de infecção da ferida cirúrgica, tais como evisceração e deiscência. Segundo Wilson<sup>22</sup>, a realização de cirurgia abdominal oferece risco para a formação de aderências que levam à obstrução abdominal e dificultam uma nova abordagem cirúrgica, como as laparotomias. Outra predisposição é a colonização bacteriana, que pode desenvolver uma infecção com evolução para sepse de foco abdominal.

Quanto à classificação da cirurgia como eletiva ou de emergência, ressalta-se que seis (5,2%) prontuários não continham essa informação; ainda assim, observou-se que as cirurgias de emergência estão significativamente relacionadas à mortalidade ( $p=0,017$ ). Esses dados são confirmados por outros autores,<sup>13</sup> que corroboram o fato de que, nas cirurgias emergenciais, não há tempo de realizar avaliações clínicas pré-operatórias a fim de acompanhar as doenças de base. Ainda, as técnicas cirúrgicas e as barreiras de assepsia são anuladas com maior frequência, devido ao risco iminente de morte do paciente. Ao considerar o risco de morte e o de infecção, esses autores afirmam que a equipe de saúde opta por salvar a vida do paciente, e a infecção não é o maior fator de preocupação naquele momento.<sup>13</sup>

Entre as primeiras cirurgias realizadas, não se observou relação significativa ( $p=0,159$ ) com a mortalidade. Do mesmo modo, não houve

significância estatística ( $p=0,460$ ) na relação entre a duração da cirurgia e a mortalidade. Esta variável não foi registrada em sete (6,1%) prontuários. O tempo excessivo de cirurgia é aquele que ultrapassa o tempo determinado pelo *percentil 75*, obtido na distribuição dos vários grupos de cirurgia.<sup>13</sup> A duração da cirurgia foi uma variável divergente ao que se encontra na literatura,<sup>13,20</sup> que afirmam que a mesma possui significativa associação com a infecção do sítio cirúrgico.

Não apresentaram relação significativa (valor de  $p=0,879$ ; 1; 0,129; 0,380, respectivamente) com a mortalidade: o potencial de contaminação da cirurgia, o índice ASA atribuído ao idoso, a anestesia e a administração de hemoderivados durante o procedimento cirúrgico. Esses dados divergem de autores<sup>13,20</sup> que apontam o índice ASA e o potencial de contaminação como fatores associados à infecção do sítio cirúrgico.

Destaca-se que, para 42 (36,8%) idosos, não havia o registro da variável potencial de contaminação cirúrgica, o que aponta um déficit importante. O índice ASA, a anestesia utilizada e a administração de hemoderivados não foram registrados para quatro (3,5%), seis (5,2%) e quatro (3,5%) idosos, respectivamente.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, as características referentes ao perfil clínico não foram consideradas fatores de risco para a mortalidade entre os idosos submetidos a cirurgias abdominais, que desenvolveram infecção do sítio cirúrgico.

Os fatores referentes à internação cirúrgica do idoso, que apresentaram relação significativa de risco para mortalidade, incluem o tempo de internação total prolongado e a caracterização da infecção no sítio cirúrgico de cavidade. A variável reinternação teve associação significativa para o desfecho de alta hospitalar.

Quanto à categoria procedimento cirúrgico, relacionaram-se significativamente à mortalidade dos idosos: a realização de dois ou mais

procedimentos cirúrgicos, com destaque para quatro cirurgias durante o mesmo período de internamento e a classificação cirúrgica de emergência.

Aponta-se a importância em perfazer os registros nos prontuários dos idosos, pois o déficit dos mesmos oferece viés às pesquisas, além de ser direito do paciente que todas as informações

estejam documentadas para consulta, caso se faça necessário.

Devido à escassez de estudos nacionais que relacionem variáveis clínicas e cirúrgicas de idosos com infecção do sítio cirúrgico, sugerimos a realização de pesquisas sobre o mesmo tema, para conhecer os fatores que interferem na evolução desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Sitta MC, Lapa MS, Machado AN. Avaliação Perioperatória. In: Jacob W, Amaral JR. Avaliação global do idoso: manual da Liga do Gamia. São Paulo: Atheneu; 2005. p.193-213.
2. Werner H, Kuntsche J. Infection in the elderly: what is different? *Gerontol Geriatr* 2000 out; 33(5): 350-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Aprova programa de controle de infecção hospitalar e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 maio 1998. Seção 1, p.133-5.*
4. Haley RW. Cost-benefit analysis of infection control programs. In: Bennett JV, Brachman PS. *Hospital infection*. New York: Lippincott-Raven Publishers; 1998. p. 249-67.
5. Ferraz EM, et al. Controle de infecção em cirurgia geral: resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. *Rev Col Bras Cir* 2001 jan./fev; 28(1):17-26.
6. Medeiros AC, et al. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário. *Acta Cir Bras* 2003 jan./fev; 18(1):15-18.
7. Poveda VB, Galvão CM, Hayashida M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção do sítio cirúrgico em gastrocirurgias. *Rev Esc Enferm USP* 2003 mar; 37(1): 81-9.
8. Zamir D, et al. Nosocomial infections in internal medicine departments. *Harefuah* 2003 abr; 142(4): 265-8.
9. Villas Bôas PJF, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2004 jun; 38(3):372-8.
10. Centers for Disease Control, Nosocomial Infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. *Infect Control Hospital Epidemiology* 1991 out; 12(10):609-21.
11. Horan TC, et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992 out; 13(10):606-8.
12. Kaye KS, et al. The effect of surgical site infection on older operative patients. *J Am Geriatr Soc* 2009 jan; 57(1): 46-54.
13. Fernandes AT, Filho NR, Oliveira AC. Infecções do sítio cirúrgico. In: Oliveira AC. *Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 92-123.
14. Pitrez FAB, Pioner SR. Pré e pós-operatório no idoso. In: Pitrez FAB, Pioner SR. *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 351-356.
15. Rabhae GN, Filho NR, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 479-505.
16. Nunes AA, Oliveira AC. Tratamento de feridas. In: Oliveira AC. *Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 297-311.
17. Golbert L, Golbert MM. Diabetes e cirurgia. In: Pitrez FAB, Pioner SR. *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 385-389.
18. Huchcroft AS, Nicolle LE, Cruse PJE. Surgical-wound infection and cancer among the elderly: a case control study. *J Surg Oncol* 1990 dez; 45(4): 250-6.
19. Mangram AJ, et al. Guideline for prevention of surgical site infection. *Am J Infection Control* 1999 abr; 20(4): 97-132.
20. Medeiros AC, et al. Surgical site infection in a University Hospital in Northeast Brazil. *Braz J of Infect Dis* 2005 ago; 9(3): 310-14.

21. Pitrez FAB, Pioner SR, Kiss G. Princípios de antibioticoterapia em cirurgia abdominal. In: Pitrez FAB, Pioner SR. Pré e pós operatório em cirurgia geral e especializada. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.117-129.
22. Wilson LA. Infecções no Idoso. In: Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 401-405.

Recebido: 18/6/2010

Aprovado: 03/8/2010



# Qualidade de vida de idosos institucionalizados

*Quality of life of institutionalized elderly*

Mariana Ayres Vilhena de Freitas<sup>1</sup>  
Marcos Eduardo Scheicher<sup>2</sup>

## Resumo

*Introdução:* a medida que a população envelhece, aumenta a procura por instituições para idosos, e o Brasil não está estruturalmente preparado para receber essa demanda. A institucionalização pode trazer inúmeras consequências, pois toda mudança implica fatores positivos ou negativos. *Objetivos:* avaliar e comparar a qualidade de vida (QV) de idosos institucionalizados. *Métodos:* foram avaliados 36 idosos institucionalizados da cidade de Avaré, SP, de três instituições, compondo três grupos. Foi utilizado o questionário SF 36 para avaliação da qualidade de vida. *Resultados:* o domínio Estado Geral de Saúde obteve valores semelhantes para as três ILPIs, porém com um escore baixo (22). O escore Aspectos Emocionais foi estatisticamente diferente das outras ILPI (p < 0,01). Os resultados do estudo apontam que a qualidade de vida de idosos institucionalizados da cidade de Avaré está baixa, mostrando a importância da avaliação da QV nessas instituições.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Idosos. Idosos Institucionalizados.

## Abstract

*Introduction:* as the population ages increases, the search for institutions for elderly and Brazil is not structurally prepared to meet this demand. Institutionalization can bring countless consequences, because every change implies either positive or negative factors. *Objectives:* to evaluate and to compare the quality of life (QL) in institutionalized elderly. *Methods:* 36 institutionalized seniors of the city of Avaré, SP, participated in the research of three institutions, forming three groups. The questionnaire used was the SF 36, to evaluate the quality of life. *Results:* the domain General of Health obtained similar values for the three long term care institutions, however with a low score (22). The score Emotional Aspects was significantly different from the other long term care (p < 0,01). The results of the study point that that the quality of life of institutionalized seniors of city of Avaré is low, showing the importance of the evaluation of QL in those institutions.

**Key words:** Quality of life. Elderly. Institutionalized Elderly.

<sup>1,2</sup> Universidade Estadual Paulista. Departamento de Educação Especial, Curso de Fisioterapia. Marília, SP, Brasil

Correspondência / Correspondence

Marcos Eduardo Scheicher  
Departamento de Educação Especial, Curso de Fisioterapia  
Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília  
Av Hygino Muzzi Filho, 737,  
17525-900, Marília, SP, Brasil  
E-mail: mscheicher@marilia.unesp.br

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem-se observado um ritmo acelerado no crescimento da população idosa em todo mundo. Esse crescimento implica consequências sérias que afetam diretamente os serviços de assistência social e de saúde da população geriátrica, agravado com a precariedade dos convênios médicos e do baixo salário da aposentadoria. Somado a isso, observa-se o problema da família, pois os parentes têm dificuldades para cuidar dos seus idosos, encaminhando-os às instituições popularmente denominadas ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), casas de repouso ou instituições geriátricas.

Diante do avanço da população idosa, surge uma grande questão: como está a qualidade de vida desses idosos?

A capacidade de realizar as tarefas do cotidiano sem o auxílio de outros é denominada de capacidade funcional. Estas necessidades diárias são de dois tipos: atividades básicas da vida diária (AVDs) – levantar-se da cama ou de uma cadeira, andar, usar o banheiro, vestir-se, alimentar-se – e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) – andar perto de casa, cuidar do seu dinheiro, sair e tomar uma condução, fazer compras. Os estudos realizados no Brasil também mostram que quase a metade dos idosos precisa de alguma ajuda para a realização de pelo menos uma das atividades necessárias à sua vida diária e uma minoria significativa (7%) mostrou ser altamente dependente<sup>1</sup>.

Algumas literaturas, e inclusive a Organização Mundial da Saúde-OMS, definem como marco de 65 anos o aumento da prevalência de problemas específicos do envelhecimento como diminuição da acuidade visual e auditiva, incontinências, incidências de quedas, demência, depressão e isolamento.

À medida que a população envelhece, aumenta a procura por instituição para idosos e o Brasil não está estruturalmente preparado para receber

essa demanda. Os estudos sobre institucionalização dos idosos são poucos e não avaliam com profundidade o tema, sendo que grandes partes de idosos institucionalizados são por problemas de miséria e abandono, e em segundo lugar, por problemas mentais e físicos, além de contar com o número reduzido de vagas nas ILPIs<sup>2</sup>.

Historicamente, é fato que grande parte das instituições de longa permanência possui um perfil assistencialista, no qual prestar cuidados aos idosos resume-se a oferecer abrigo e alimentação<sup>3</sup>. Fatores como a contratação de mão-de-obra barata não habilitada legalmente e a não-observância da estrutura física adequada da unidade repercutem consideravelmente no desenvolvimento das atividades técnicas de saúde e do próprio idoso institucionalizado.

A institucionalização é uma das situações estressantes e desencadeadoras de depressão, que levam o ancião a passar por transformações de todos os tipos. Esse isolamento social o leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica a alta prevalência de doenças mentais nos asilos<sup>4</sup>.

Assim sendo, acredita-se que toda essa problemática vivenciada pelo idoso, sobretudo quando institucionalizado, possa comprometer de diferentes maneiras a sua qualidade de vida, tema este que tem ocupado lugar de destaque na discussão sobre envelhecimento.

Tão importante quanto a preocupação com as consequências e o impacto sofrido pela sociedade advinda das questões relacionadas às transições demográfica e epidemiológica, é a investigação da percepção individual do idoso acerca de seu bem-estar, no intuito de avaliar a qualidade de vida e sugerir condutas e políticas que favoreçam um envelhecimento bem-sucedido<sup>5</sup>. Diante disso, o objetivo do trabalho foi: avaliar e comparar a qualidade de vida em idosos de três instituições asilares da cidade de Avaré/SP.



## CASUÍSTICA E MÉTODOS

### Sujeitos da pesquisa

Foram incluídos no estudo 36 idosos institucionalizados, das três ILPIs da cidade de Avaré, SP (uma instituição pública e duas privadas). Os critérios de inclusão foram: ser institucionalizado e ter capacidade cognitiva (dados não mostrados) de responder ao questionário de qualidade de vida.

### Aspectos Éticos

Os indivíduos que foram incluídos receberam informações sobre os objetivos do estudo e como seria aplicado o questionário. Todos assinaram um termo de consentimento antes de qualquer participação, sendo o estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP/Marília, processo n.º.1758/2006.

### Avaliação da qualidade de vida

No estudo utilizou-se o *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (MOS SF-36), um questionário genérico, traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli et al.<sup>6</sup>, composto por 36 itens, que se resumem em oito escalas, com o resultado variando de 0 a 100, sendo 0 o pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde<sup>7</sup>.

As oito escalas que compõem o SF 36 são: *Capacidade funcional*: avalia a presença e extensão de limitação relacionada à capacidade física; *Aspectos físicos*: avaliam limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam; *Aspectos emocionais*: avaliam o impacto de aspectos psicológico como bem-estar do paciente; *Dor*: avalia a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; *Estado geral de saúde*: avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; *Vitalidade*: itens que consideram o nível de energia e de fadiga; *Aspectos sociais*: analisam integração do

indivíduo em atividades sociais; *Saúde mental*: inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

### Entrevistas

As 36 entrevistas foram agendadas previamente em cada instituição. A duração média da entrevista foi de 54 minutos, variando de 32 minutos a 134 minutos.

Para os não alfabetizados, o questionário foi lido pelo entrevistador, sem interferência nas respostas, e assinado com a impressão digital do polegar direito no local da assinatura do termo de esclarecimento. Para os alfabetizados, o questionário foi lido pelo próprio entrevistado e assinado o termo de esclarecimento.

### Análise estatística

A comparação dos escores de qualidade de vida entre as ILPI foi feita por meio do teste de Kruskal-Wallis. Um valor de  $p \leq 0,05$  foi adotado como significativo.

## RESULTADOS

### Características dos indivíduos

A Tabela 1 mostra a distribuição dos indivíduos estudados quanto ao sexo e idade em cada ILPI. Não houve diferença estatística entre as idades dos pacientes das três ILPIs. Pode-se notar um maior número de indivíduos do sexo feminino em relação ao masculino.

Ocorreram nove recusas de participação, sendo quatro idosos dependentes e cinco idosos independentes. Os motivos para não participar da entrevistas foram: “sou uma pessoa muito nervosa”, “estou muito indisposto hoje”, “estou com muita dor” e “não quero participar”.

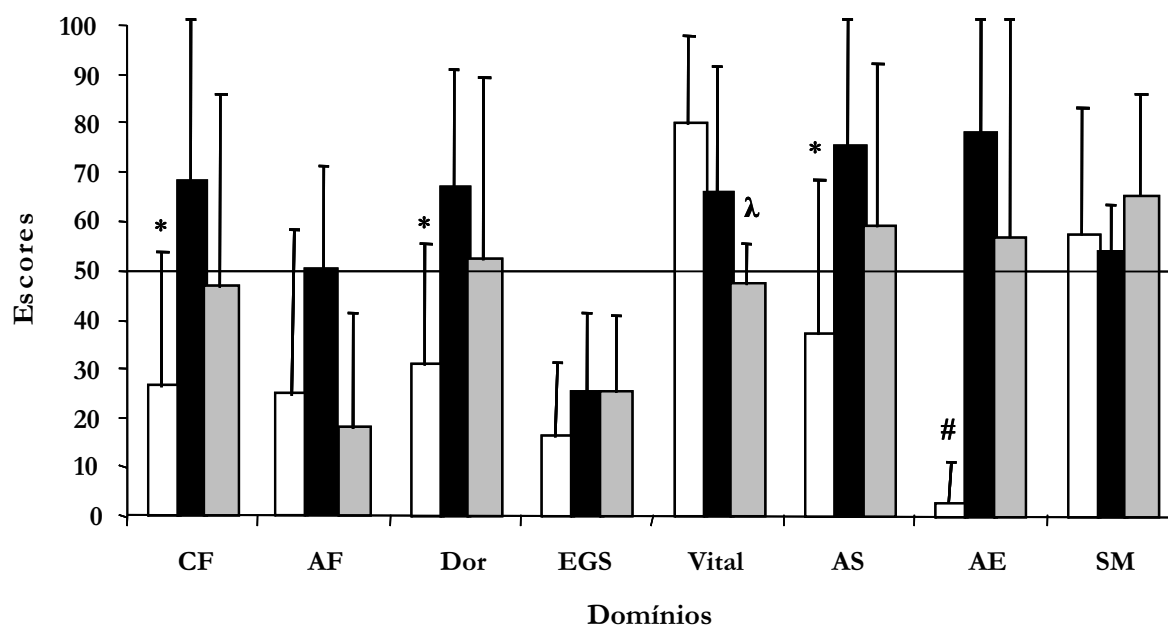
**Tabela 1 - Características dos participantes. Avaré, SP. 2009.**

	ILPI 1	ILPI 2	ILPI 3
N	14	12	10
Média de Idade (anos) $\pm$ DP	78,2 $\pm$ 7,5	75,5 $\pm$ 5,4	75,5 $\pm$ 4,4
Gênero (M/F)	7/7	4/8	3/7
Característica	Público	Privado	Privado
Presença de recreacionista e/ou Fisioterapeuta	Não	Sim	Sim

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos, DP: desvio padrão

Na Figura 1, vemos a comparação da qualidade de vida em todos os domínios nas três ILPIs estudadas. Percebe-se que o domínio “aspectos emocionais” teve um valor baixo para a ILPI 1

em relação às outras 2 ILPIs. Além disso, a qualidade de vida dos idosos da ILPI 1 foi pior em comparação as outras instituições, pois seis dos oito domínios ficaram abaixo de 50.

**Figura 1 - Comparação da qualidade de vida nas ILPI.**

CF: capacidade funcional, AF: aspectos físicos, EGS: estado geral de saúde, Vital: vitalidade, AS: aspectos sociais, AE: aspectos emocionais, SM: saúde mental.

□ ILPI 1; ■ ILPI 2; ▒ ILPI 3.

\*  $p < 0,05$  em relação ao asilo 2;  $\lambda p < 0,01$  em relação ao asilo 1; #  $p < 0,01$  em relação aos asilos 2 e 3. - valor médio

## DISCUSSÃO

Avaliar a qualidade de vida é algo que se tornou importante nas últimas décadas. Tradicionalmente, a medida de QV teve início em outras áreas do conhecimento. Depois foi incorporada à saúde, denominando-se qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), devido à necessidade de transformar a medida, antes subjetiva, em quantitativa, e que a mesma pudesse ser usada em pesquisas e modelos econômicos, e também que os resultados pudessem ser utilizados em populações diversas e mesmo em diferentes doenças<sup>8</sup>.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem-sucedido, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária.

A procura por instituições de longa permanência para idosos (ILPI) tem aumentado, mas o Brasil não está preparado para esse aumento de demanda e as instituições, na sua grande maioria, não estão estruturadas para receber os idosos<sup>9</sup>. As ILPIs, geralmente, são casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, as quais não lhes oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação<sup>10</sup>. Constituem, também, a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio familiar, tendo como inconveniente favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, tendo, dessa forma, consequências negativas à sua qualidade de vida<sup>11</sup>. Na maioria delas, os idosos ficam esperando a morte.

Por esses motivos, avaliar a QV em instituições asilares é imprescindível para a determinação de uma política para essas pessoas.

Foi observada maior ocorrência do sexo feminino em relação ao masculino em duas das três instituições avaliadas (considerando-se os idosos entrevistados). Tal ocorrência é justificada,

na literatura, por vários motivos, dentre eles: a expectativa de vida das mulheres é maior em relação aos homens; a viuvez é mais frequente para as mulheres; as idosas geralmente possuem grau de instrução e nível de renda baixos, fatores que favorecem o ingresso nas ILPI<sup>12</sup>.

Os dados obtidos dos escores nas três ILPI sugerem que a ILPI 2 possui uma qualidade de vida melhor, se comparada com as outras duas instituições, já que apenas o escore Estado Geral de Saúde apresentou valores abaixo da média, enquanto a ILPI 1 apresentou a pior qualidade de vida com apenas Vitalidade e Saúde Mental acima da média (50)<sup>13</sup>. O escore Aspectos Emocionais da ILPI 1 apresentou uma diferença significativa, se comparada com as outras duas ILPIs. Isso possivelmente se deve ao fato de que os entrevistados não recebiam visitas constantes e não realizavam atividades intelectuais. As ILPIs, em sua maioria, não oferecem atividades suficientes para suprir as necessidades diárias, tendo os idosos uma vida monótona.

No escore Estado Geral de Saúde, o valor médio obtido foi bem abaixo da média, sugerindo que a qualidade de vida nas três ILPIs, nesse aspecto, está muito ruim. Esse domínio avalia como o entrevistado “vê” sua saúde de maneira geral.

A literatura apresenta poucos estudos com a qualidade de vida em ILPI. Savonitti<sup>14</sup>, avaliando a qualidade de vida de 60 idosos (30 homens e 30 mulheres) usando o questionário SF-36, encontrou um valor médio maior que 60 em cinco das oito escalas do questionário. Em duas escalas (Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais), o valor ficou abaixo de 60 e na escala Capacidade Funcional, o valor médio foi abaixo de 50. Em relação às ILPI avaliadas no nosso estudo, percebe-se que a qualidade de vida dos idosos do trabalho de Savonitti foi melhor. Isso se deve, provavelmente, às diferenças entre as instituições avaliadas nos trabalhos.

Mazum<sup>15</sup>, em estudo em idosos lúcidos, constatou que, antes de serem institucionalizados, tanto os homens quanto as mulheres realizavam atividades rotineiras, o que favorecia a manutenção

da autonomia e independência; após a institucionalização, em virtude da escassa atividade sugerida, muitos perdiam a capacidade funcional. Esses resultados sugerem que, a persistir a maneira como a grande maioria das instituições trata seus velhos, a tendência é que os mesmos se tornem pessoas dependentes e incapacitadas. Nossos resultados também direcionam nesse sentido, pois no escore CF, das três ILPIs avaliadas, duas apresentaram escores abaixo de 50. No aspecto Estado Geral de Saúde, as três instituições avaliadas mostraram escores muito abaixo do valor médio (Figura 1).

Mincato e Freitas<sup>16</sup>, avaliando a qualidade de vida em idosos institucionalizados da cidade de Caxias do Sul – RS, encontraram uma pior QV

nesse grupo, em comparação com idosos não-institucionalizados. Narciso<sup>17</sup>, avaliando a qualidade de vida de idosas institucionalizadas, encontrou um pior desempenho nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, quando comparadas com idosas não institucionalizadas.

## CONCLUSÃO

Os resultados permitem concluir que a qualidade de vida em idosos institucionalizados tende a ser ruim, principalmente em instituições que não oferecem alternativas como recreação e/ou fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde(BR). Redes estaduais de atenção a saúde do idoso. Guia operacional e portarias relacionadas. Brasília ( DF). [Acesso em: 2009 abr 9] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_estaduais.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf).
2. Mendonça JA, Marques Neto JF. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. *Rev. Cienc. Méd.* 2003;12 (4): 299 – 306.
3. Ferreira PA. Qualidade de vida nas Instituições de Longa Permanência para idosos no Estado de Minas Gerais. [Acesso: 2010 mar 25]. Disponível em: [www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191](http://www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191).
4. Pizarro RADS. A Importância da Atuação do Profissional Enfermeiro na Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados. Uma Avaliação Qualitativa nas Casas de Repouso da Cidade de São Paulo. [ Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis; 2004.
5. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idoso. *Rev. Esc. Enfermagem USP.* 1997; 31(2): 316-338.
6. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão IM. Tradução para língua portuguesa do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev. Bras. Reumatol.* 1999; 39 (3): 145-50.
7. Ware JE. Comments on the use of health status assessment in clinical setting. *Med. Care.* 1992; 30: MS205-MS209.
8. Scheicher ME, Achá RES. Qualidade de vida e função cardíaca no infarto do miocárdio. *Rev. Fisioterapia Univ. São Paulo.* 2002 ; 9(2): 63-8.
9. Ministério Público Federal (BR). Procuradoria Geral da República. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. [ Acesso em: 2009 abr 9] Disponível em: < <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/clipping/agosto-1/relatorio-aponta-superlotacao-e-falta-de-lazer-em-asilos/> > .
10. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latinoamericana de Enfermagem.* 2004 maio-junho; 12(3):518-24.
11. Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo M Netto. *Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 1996. p. 394-402.
12. Ferreira PA. Qualidade de vida nas Instituições de Longa Permanência para idosos no Estado de Minas Gerais. [Acesso: 2010 abr 5]. Disponível em: [www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191](http://www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191).
13. SF-36.org. A community for measuring health outcomes using SF tools. [Acesso em 2009 abr 17]. Disponível em <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>.

14. Savonitti BHRA. Qualidade de vida dos idosos institucionalizados. São Paulo. [Dissertação]. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo; 2000. 139 p.
15. Mazuim CR. Idoso institucionalizado: suporte, abrigo ou segregação? Canoas: Ulbra; 2005. 34p.
16. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul (RS). RBCEH, Passo Fundo; 2007; 4(1):127-138.
17. Narciso FMS. Estudo comparativo dos índices plasmáticos de interleucina-6, força muscular de preensão manual e qualidade de vida em mulheres idosas da comunidade e institucionalizadas [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. [Acesso em: 2010 abr 5]. Disponível em [http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos\\_new/Dissertpdf/fabricianarciso.pdf](http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/Dissertpdf/fabricianarciso.pdf).

Recebido: 12/8/2009

Revisado: 13/4/2010

Aprovado: 07/6/2010



# Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados

*Falls of institutionalized elderly: occurrence and associated factors*

Daniela Cristina Lojudice<sup>1</sup>  
Milton Roberto Laprega<sup>2</sup>  
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues<sup>3</sup>  
Antônio Luis Rodrigues Júnior<sup>2</sup>

## Resumo

Quedas entre pessoas idosas constituem importante problema de saúde pública, devido à sua incidência, às complicações para a saúde e aos altos custos assistenciais. Estudos realizados no Brasil e em outros países referem que as quedas são mais frequentes em idosos institucionalizados e apresentam causa multifatorial. Com o objetivo de verificar a ocorrência de quedas em idosos institucionalizados e identificar seus fatores associados, foi realizado um levantamento de dados de 105 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em quatro instituições asilares do município de Catanduva, São Paulo. O método utilizado para a coleta dos dados foi entrevista. Foram utilizados os instrumentos: Escala de Depressão Geriátrica e Mini-Exame do Estado Mental, instrumentos estes destinados à avaliação dos estados de humor e cognitivo, respectivamente. Os achados mostraram que 40% dos idosos relataram quedas nos últimos seis meses, e os fatores de risco considerados significativos foram: sexo feminino ( $p=0,035$ ), uso de medicamentos ( $p=0,047$ ), visão deficiente ( $p=0,029$ ), ausência de atividade física ( $p=0,035$ ), presença de osteoartrose ( $p=0,000$ ), depressão ( $p=0,034$ ), déficit de força de preensão palmar ( $p=0,0165$ ) e distúrbios no equilíbrio e marcha ( $p=0,038$ ). Os resultados apontam para a necessidade da implementação de programas de prevenções de quedas em instituições asilares, através de intervenção multidisciplinar buscando, portanto, uma melhoria na qualidade de vida dessa população.

**Palavras-chave:** Acidentes por Quedas. Idoso. Fatores de Risco.

<sup>1</sup> Instituto Municipal de Ensino Superior - IMES Catanduva. Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Catanduva, SP, Brasil

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto, SP, Brasil

Artigo baseado na dissertação de mestrado intitulada "Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados" apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, no ano de 2005.

Correspondência / *Correspondence*

Daniela Cristina Lojudice

E-mail: daniela\_lojudice@hotmail.com

## Abstract

Falls among the elderly are an important public health problem due to their incidence, to health complications, and to the high assistance cost. Research conducted in Brazil and other countries refer that falls are more frequent among institutionalized elderly people and have multifactorial causes. Aiming at verifying the occurrence of falls among institutionalized elderly people and at identifying their associated factors, data collection of 105 individuals – aged 60 years or over – was carried out. The subjects are all residents of four home institutions in the city of Catanduva, São Paulo. The method used in data collection was a semi-structured interview. The following instruments were used: Geriatric Depression Scale and Mental Status Mini Exam. These instruments are destined to the evaluation of mood, cognitive status respectively. The finds show that 40% of the elderly reported falls over the last six months, and the risk factors considered to be significant were: female sex ( $p=0.035$ ), medicine use ( $p=0.047$ ), visual disability ( $p=0.029$ ), lack of physical activity ( $p=0.035$ ), presence of osteoarthritis ( $p=0.000$ ), depression ( $p=0.034$ ), palm prehension strength deficit ( $p=0.0165$ ), and balance and march disorder ( $p=0.038$ ). The results point at the necessity of implementing fall prevention programs in home institutions, through multidisciplinary intervention, therefore aiming at improving this population's quality of life.

**Key words:** Accidental Falls. Aged. Risk Factors.

## INTRODUÇÃO

O aumento acentuado do número de idosos nas últimas décadas e o fato de grande parte deles permanecer em atividade e com autonomia fizeram com que o interesse pelo estudo do envelhecimento fosse se dando progressivamente.

A demanda social de idosos tem gerado preocupações não somente em relação aos custos elevados para o Estado, mas com as condições de saúde, a qualidade de vida, a autonomia e a independência desta parcela da população que envelhece, necessitando, portanto, de políticas sérias e consistentes a respeito<sup>1</sup>.

No decorrer do processo de envelhecimento, encontramos alguns fatores que contribuem para a perda da autonomia e independência, favorecendo a ocorrência de quedas entre idosos<sup>2,3</sup>.

De acordo com Tinetti<sup>4</sup>, Boers et al.<sup>5</sup> e Steadman et al.<sup>3</sup>, as quedas entre pessoas idosas constituem importante problema de saúde pública devido à sua alta incidência, às complicações para a saúde e aos custos assistenciais. No Brasil, 2.030 mortes foram determinadas por quedas no ano de 2000 na faixa de 60 anos ou mais, ocupando o terceiro lugar na mortalidade por causas externas, tanto entre homens quanto entre mulheres<sup>6</sup>. De

acordo com Gawryszewski<sup>7</sup>, no ano de 2007, ocorreram 4.169 mortes decorrentes do conjunto das causas externas entre idosos residentes no Estado de São Paulo. Nesse grupo, as quedas ocuparam o primeiro lugar entre as causas de óbito, responsáveis por 1.328 casos, o que representou 31,8% do total, com coeficiente de 31,0/100.000 habitantes.

Para Carvalhaes et al.<sup>2</sup> e Myers et al.<sup>8</sup>, as quedas acometem, com maior frequência, idosos institucionalizados, uma vez que estes se encontram mais fragilizados e com diminuição da capacidade funcional.

As causas de quedas entre idosos são multifatoriais e envolvem elementos intrínsecos e extrínsecos<sup>5,8,9</sup>. Os fatores intrínsecos são aqueles provenientes das alterações fisiológicas decorrentes da idade e de processos patológicos, além dos fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos<sup>2</sup>.

Entre as causas intrínsecas, estão basicamente as doenças cardiovasculares, neurológicas, sensoriais, reumatológicas e endocrinológicas<sup>9,10</sup>. Para Myers et al.<sup>8</sup>, NiKolaus & Bach<sup>11</sup> os fatores extrínsecos ou ambientais oferecem riscos de quedas, pois criam desafios ao equilíbrio. Estes incluem ambientes desarrumados ou confusos;



iluminação deficiente; tapetes em superfícies lisas; presença de degraus de altura ou largura irregulares; ausência de corrimãos; cama e cadeira com alturas inadequadas; uso de chinelos ou sapatos mal ajustados e com solados escorregadios; entre outros.

Tanto os fatores intrínsecos como os extrínsecos propiciam as quedas com graus variados de gravidade, desde escoriações leves até complicações graves, como as fraturas de colo de fêmur e vertebral.

Segundo Baloh et al.<sup>12</sup>, as quedas, além de contribuírem para a ocorrência de fraturas, geram altas despesas no cuidado com a saúde, pois exigem maior número de internações, cuidados domiciliares e uso de medicamentos. Em relação à morbidade, as quedas aumentam sua importância, ocupando o primeiro lugar entre as internações<sup>6</sup>. De acordo com Gomes et al.<sup>13</sup>, os idosos, com frequência, procuram o atendimento ambulatorial em busca do cuidado para tais consequências, que interferem na funcionalidade e na qualidade de vida dessa faixa etária.

Dessa forma, o evento queda deve merecer atenção especial pelas consequências desastrosas que pode acarretar na vida dos idosos, principalmente quando se refere à população residente em instituições de longa permanência, já que a mesma se encontra com maiores limitações funcionais e está mais predisposta ao evento. É sabido, também, que as instituições asilares, na maioria das vezes, apresentam áreas físicas limitadas para atender a essa clientela frágil e com dificuldades de mobilização. Frente a essa situação e na tentativa de conhecer melhor a situação atual dos idosos institucionalizados do município de Catanduva, o presente trabalho tem como objetivos estudar a ocorrência de quedas em idosos institucionalizados e analisar os fatores associados às quedas referidas pelos idosos, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, realizado nas instituições asilares

Associação São Vicente de Paulo, Recanto Monsenhor Albino, Recanto Nosso Lar e Sociedade Espírita Boa Nova do município de Catanduva-SP.

A população do estudo foi constituída por todos os idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, conscientes e orientados no tempo e no espaço, capazes de interagirem em uma entrevista e aqueles que estiveram institucionalizados por um período mínimo de seis meses. A pesquisa iniciou-se no mês de janeiro de 2004, pela própria pesquisadora, que identificou um total de 130 pessoas institucionalizadas, sendo que 105 foram incluídas no estudo. Entre as 25 não participantes, 14 foram excluídas por não se enquadrarem no critério idade, ou seja, apresentaram idade inferior a 60 anos; quatro se recusaram participar do estudo mesmo esclarecidas sobre a finalidade e importância da pesquisa a ser realizada e sete residiam nas instituições por um período inferior a seis meses, totalizando como população efetiva deste estudo, 105 idosos.

Para a coleta dos dados, utilizou-se entrevista com um questionário, composto por perguntas abertas e fechadas, o qual foi previamente testado com 25 idosos e feitas as correções necessárias. O instrumento buscou informações referentes à identificação e perfil social dos sujeitos (sexo, data de nascimento e escolaridade); condições intrínsecas (prática de atividade física, estado de saúde, presença de doenças, força muscular, estado visual e auditivo; uso de medicamentos, função cognitiva e presença de depressão); ocorrência de quedas nos últimos seis meses, bem como suas frequências e consequências e informações sobre as condições extrínsecas, tais como: o local, o tipo e estado do piso, presença de degraus, rampas e corrimãos no local do acidente, iluminação do local, presença de tapetes, objetos e animais que dificultaram a passagem.

A força muscular foi mensurada pela medida da força de preensão palmar através do dinamômetro analógico Kratos, graduado em quilograma-força (Kg.F). Foram realizadas três medições com intervalo de 60 segundos entre elas, alternadas entre os lados dominantes e não dominantes, anotando-se o maior valor<sup>14</sup>.

A função cognitiva foi avaliada através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>15</sup>, considerado um instrumento de rastreio de comportamento cognitivo mais amplamente utilizado em estudos epidemiológicos populacionais. Foram utilizados pontos de corte distintos conforme o nível educacional, tais como: 20 pontos para analfabetos, 25 (1 a 4 anos de escolaridade), 26 (5 a 8 anos), 28 (9 a 11 anos de escolaridade) e 29 para os indivíduos com escolaridade superior a 11 anos<sup>16</sup>.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi utilizada para diagnosticar depressão em idosos. É composta de 15 questões fechadas com pontuação de 0 a 1 cada, sendo que pontuação superior a 5 indica estado depressivo<sup>17</sup>.

A análise estatística dos dados foi feita pelo método de tabela de contingência, para verificar a existência de associação entre variáveis categorizadas. Foram usados os testes de qui-quadrado e o teste exato de Fisher, de acordo com a indicação de uso preconizado para cada teste, ou seja, quando o número de contagem esperado para determinada célula da tabela era menor que 5, usou-se o teste exato de Fisher, e o teste qui-quadrado nos outros casos. O nível de significância adotado foi de 5%.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e o projeto foi

aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto.

## RESULTADOS

Dos 105 idosos entrevistados, 62 (59%) eram do sexo feminino. A idade dos idosos variou de 60 a 97 anos, com média de  $79,2 \pm 9,7$  anos para o sexo feminino e  $73,2 \pm 9,3$  anos para o sexo masculino. A mediana foi de 78 anos para as mulheres e 72 anos para os homens.

As quedas foram relatadas por 42 idosos (40%). O número de quedas sofridas pelos idosos nos últimos seis meses variou de um a 10. Dos 42 idosos que caíram, 23 (54,7%) referiram uma a duas quedas; 11 (26,2%), duas a quatro; cinco (12%), cinco a seis; e três (7,1%) referiram ter tido mais que oito quedas.

Dos 42 idosos que caíram, 30 (71,4%) eram do sexo feminino ( $p = 0,035$ ).

No que se refere à faixa etária dos idosos que sofreram quedas, 17 (40,5%) tinham idade igual ou superior a 80 anos, 16 (38%) entre 70 e 79 anos e nove (21,5%) tinham idade entre 60 e 69 anos.

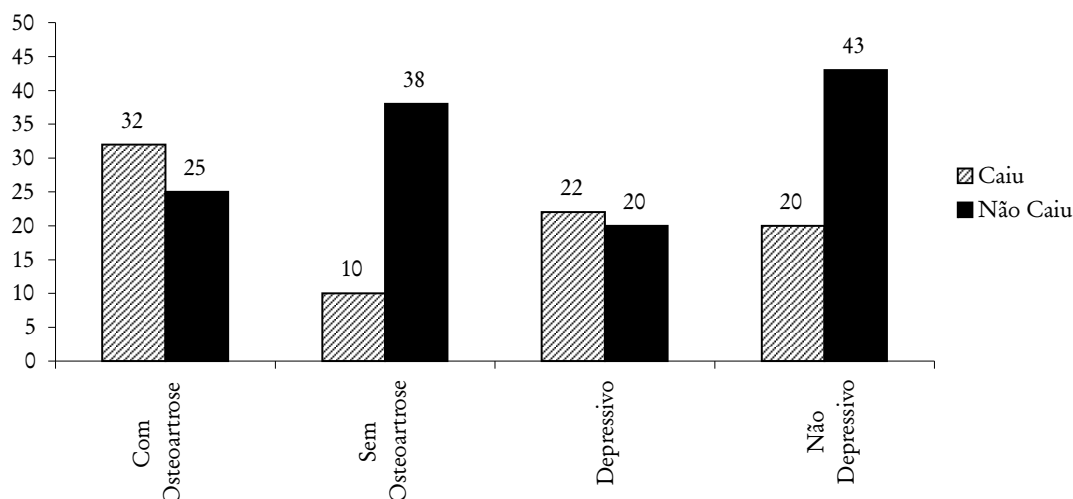
Pode-se verificar que a ocorrência de quedas esteve associada ao exercício de atividade física, apurando-se um percentual de 78,6% entre aqueles que não a praticaram ( $p = 0,035$ ; Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da ocorrência de quedas na população idosa institucionalizada, segundo prática de atividade física. Catanduva, SP, 2004.

Prática de Atividade Física	Ocorrência de Quedas				Total	
	Sim	%	Não	%		
Praticante	9	21,4%	26	41,3%	35	33,3%
Não Praticante	33	78,6%	37	58,7%	70	66,6%
Total	42	40,0%	63	60,0%	105	100%

Dos 42 idosos que sofreram quedas, 97,6% faziam uso de medicamentos, enquanto que, dos 63 idosos que não caíram, 53 (84,1%) eram usuários de drogas. Houve associação estatisticamente significante entre quedas e uso de medicamentos pelos idosos ( $p = 0,035$ ).

Quanto às doenças referidas pelos idosos, pode-se verificar que a ocorrência de quedas se associou com a presença de osteoartrose ( $p = 0,000$ ) e depressão ( $p = 0,034$ ; Figura 1). Dos 42 idosos que sofreram quedas, 11 (26,2%) relataram ter sua saúde boa, 13 (31%) regular e 18 (42,8%) relataram ter sua saúde má ( $p = 0,000$ ).



**Figura 1** - Distribuição da ocorrência de quedas na população idosa institucionalizada, segundo a presença de osteoartrose e depressão. Catanduva, SP, 2004.

No presente estudo, não foi verificada associação significativa entre a ocorrência de quedas e a dificuldade de audição relatada pelos idosos ( $p = 0,105$ ).

Quanto ao estado visual, as quedas estiveram presentes, em maior frequência, entre os idosos que referiram ter dificuldade na visão ( $p = 0,029$ ).

Não houve associação estatística significativa entre queda e baixo estado cognitivo ( $p = 0,739$ ).

Quanto à força muscular dos idosos que sofreram quedas, pode-se verificar que os idosos com médias mais baixas de força de preensão palmar se acidentaram mais ( $p = 0,0165$ ; Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição da média de força de preensão palmar em Kilograma-força, segundo ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados, Catanduva, SP, 2004.

Ocorrência de Quedas	Média de força de Preensão Palmar em kilograma-força (Kgf)	SD
Não	14,23	9,5
Sim	10,13	5,7

Quanto aos fatores extrínsecos, o presente estudo verificou que o local de maior ocorrência de quedas foi o banheiro (33,3%), seguido do quarto e sala com igual percentual (16,7%).

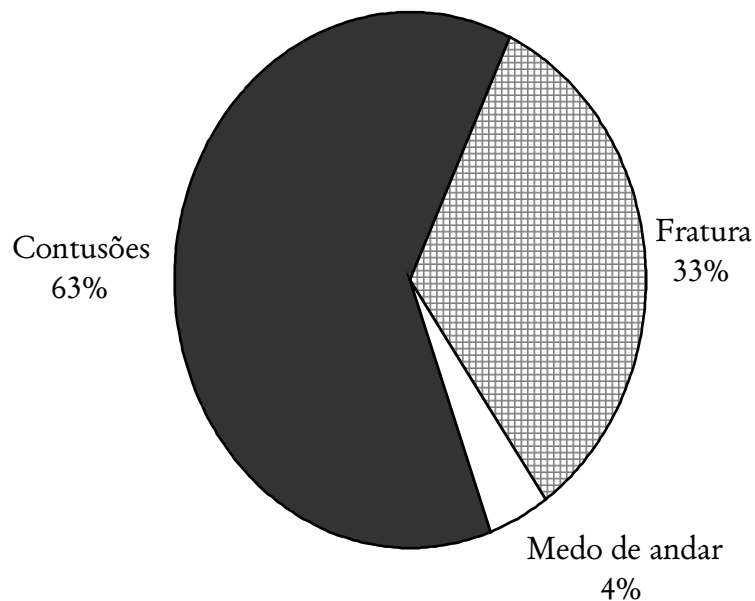
O tipo de piso mais encontrado no local do acidente foi o liso (97,6%) e a ausência de corrimão no local do evento esteve presente em 97,6% dos casos.

Quanto ao período de ocorrência das quedas, 18 (42,9%) ocorreram no período da manhã, 16 (38,1%) à tarde, quatro (9,5%) à noite e quatro (9,5%) de madrugada. A maior parte dos acidentes ocorreu em ambiente claro (92,9%).

Dos 42 idosos que relataram quedas, 26 (61,9%) faziam uso de chinelos, 10 (23,8%) encontraram-se descalços e apenas seis (14,3%) faziam uso de sapatos fechados.

Quanto ao solado do calçado usado no momento da ocorrência da queda, a maior parte (70,6%) era de borracha.

O estudo demonstra que dos 42 idosos que caíram, 24 (57,1%) referiram ter tido consequências decorrentes do evento, a saber: contusões, fraturas e medo de andar novamente representadas na Figura 2.



**Figura 2** – Consequências decorrentes das quedas referidas pelos idosos institucionalizados, Catanduva, SP, 2004.

## DISCUSSÃO

Os dados encontrados referentes ao fato de a ocorrência de quedas ser maior em mulheres do que em homens não foram diferentes dos apresentados nos estudos de Cavanillas et al.<sup>9</sup>, González et al.<sup>19</sup>, Gac et al.<sup>20</sup>, Jensen et al.<sup>21</sup> e Fabrício et al.<sup>10</sup>, Gomes et al.<sup>13</sup> e Gawryszewski<sup>7</sup>. Esses autores citam como causas o pior estado funcional, maior morbidade e maior exposição às atividades domésticas.

Apesar de não ter havido relação entre queda e idade avançada no presente trabalho, na literatura há vários estudos que a apontam como importante fator de risco, como os de Myers et al.<sup>22</sup>, Cavanillas et al.<sup>9</sup>, González et al.<sup>19</sup>, Baloh et al.<sup>12</sup>, Nunes et al.<sup>23</sup> e Gawryszewski<sup>7</sup>. Esses autores relatam que idosos mais velhos apresentam maior restrição da atividade física, o que possivelmente contribui para deteriorar o processo do envelhecimento.

No presente trabalho, verificou-se que os idosos que não exerciam atividade física atingiram a mais elevada taxa de queda. Dados semelhantes foram relatados em outros estudos<sup>13,19</sup>.

De acordo com Boers et al.<sup>5</sup> e Rekeneire et al.<sup>24</sup>, a atividade física irá prevenir ou minimizar as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, reduzindo a incidência e gravidade das quedas e melhorando, portanto, a qualidade de vida dessa população. Para Nunes et al.<sup>23</sup>, a falta de acesso às academias e espaços adequados à prática de exercícios são uma realidade em nosso meio, tornando o sedentarismo ainda mais frequente na população idosa.

Os dados referentes ao uso de medicamentos estão em concordância com os de outros autores<sup>7,13,24</sup>. Estes afirmam que o uso de medicamentos é um fator de risco de quedas, pois as drogas podem diminuir o alerta, assim como a função psicomotora, ou causar fraqueza muscular, tontura, arritmia, hipotensão postural, principalmente quando em doses inapropriadas. Diante disso, há necessidade da elaboração de uma

campanha educativa a ser desenvolvida sobre o uso irracional de medicamentos nas instituições asilares, visando a conscientizar os profissionais de saúde e asilados sobre os perigos deste uso indiscriminado.

Dentre os fatores intrínsecos, a presença de doenças no decorrer do envelhecimento deteriora o seu processo e, desta forma, aumenta a probabilidade de o indivíduo idoso se tornar mais dependente e com dificuldade no controle postural contribuindo, portanto, para a ocorrência de quedas. Vários autores mostram que as doenças cardiovasculares, neurológicas, sensoriais, reumatológicas e endocrinológicas oferecem riscos de quedas<sup>10,18</sup>.

No presente estudo, a presença de osteoartrose esteve associada, de forma significativa, com a ocorrência de quedas. Esse dado corrobora o estudo de Álvares et al.<sup>25</sup>. De acordo com Myers et al.<sup>22</sup>, a osteoartrose predispõe a quedas, por resultar em dor e imobilidade.

A presença de depressão também foi apontada como um fator de risco de quedas. Esse dado não foi diferente dos apresentados por Cavanillas et al.<sup>9</sup>. Esses autores realizaram um estudo prospectivo para identificar os fatores de risco de quedas em 190 idosos residentes em dois centros na cidade de Granada, Espanha, e verificaram que as quedas foram significativamente maiores entre os idosos que se apresentaram deprimidos. Para esses pesquisadores, a depressão resulta em perda de energia, fraqueza intensa e, conseqüentemente, dificuldade na marcha. Dessa maneira, intervenções clínicas para depressão na velhice devem ser enfatizadas.

Na literatura, vários autores mostraram relação positiva entre queda e doença sensorial<sup>26</sup>. Na presente investigação, as quedas ocorreram, em maior frequência, entre os idosos que referiram ter dificuldade visual. Esses dados foram semelhantes aos encontrados em outros estudos<sup>9,12,22,27</sup>.

De acordo com Luiz et al.<sup>27</sup>, a visão deficiente contribui para a dificuldade de permanecer estável

frente a ambientes e tarefas complexas, predispondo, portanto, o idoso às quedas. Apesar de não ter havido relação entre queda e dificuldade auditiva no presente estudo, Carvalhaes et al.<sup>2</sup> relatam que a diminuição da sensibilidade auditiva resulta em vertigens e dificulta o controle postural, sobretudo em movimentos bruscos e mudanças de direção.

Quanto ao estado cognitivo dos idosos vítimas de quedas, apesar de não ter havido associação positiva entre eles no presente trabalho, vários estudos apontam o fato de que a deterioração cognitiva em idosos, como por exemplo a demência tipo Alzheimer, está associada a um aumento do risco de quedas<sup>20,21,24,28,29</sup>.

Kato-Navita & Radanovic<sup>29</sup> realizaram uma pesquisa que objetivou descrever a frequência e características das quedas em amostra de pacientes com doença de Alzheimer, bem como identificar seus principais fatores de risco. As autoras verificaram que as quedas em idosos com doença de Alzheimer são frequentes, multifatoriais e apresentam os seus fatores de risco altamente interconectados. Sendo assim, medidas preventivas devem ser realizadas, principalmente quanto a retirada de riscos ambientais, presença constante de um cuidador e estimulação física e funcional do idoso demenciado.

O déficit de força de preensão palmar também se mostrou associado à ocorrência de quedas. A perda da massa, força e qualidade do músculo esquelético contribui para as alterações da marcha e do equilíbrio, aumentando o risco de quedas e a perda da independência física<sup>8,28</sup>.

Quanto aos fatores extrínsecos, os dados mostraram que o local de maior ocorrência de quedas foi o banheiro, seguido do quarto e da sala. O tipo de piso mais encontrado no local do acidente foi o liso e a maioria dos locais se apresentou sem corrimão. No ano de 2006, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Alvares et al.<sup>25</sup> realizaram um estudo transversal com idosos residentes em todas as instituições de longa permanência para idosos, com o objetivo de descrever a ocorrência de quedas e fatores

associados entre idosos institucionalizados. Esses autores verificaram que os locais onde mais ocorreram quedas foram a rua (30,9%), o quarto (25%) e o banheiro (17,6%),

O fato de saber o local onde ocorreu a queda é importante para identificar fatores extrínsecos que predisõem à ocorrência da mesma e criar medidas preventivas. De acordo com Boers et al.<sup>5</sup> e Nikolaus & Bach<sup>11</sup>, fatores ambientais como pisos irregulares ou molhados e escadas sem corrimão são fatores que predisõem os idosos às quedas, e esses fatores são susceptíveis a alterações, podendo ser usados em programas de prevenção das mesmas.

Dentre os idosos investigados no presente estudo, a fratura foi a consequência mais verificada. Esse dado foi semelhante ao encontrado no estudo de Fabrício et al.<sup>10</sup>. Esses autores também verificaram que a queda interferiu nas atividades de vida diária dos idosos, ou seja, trouxe aos mesmos maior dependência para realização de atividades como caminhar, tomar banho, subir escadas, entre outras.

## CONCLUSÃO

De acordo com a literatura consultada e dados obtidos neste estudo, verificou-se que a queda é um evento importante na vida dos idosos e traz consequências que, de uma forma geral, interferem na qualidade de vida dessa população.

Visando a possibilitar o controle e prevenção de quedas em idosos residentes em instituições asilares, algumas medidas podem ser realizadas, tais como: o reconhecimento dos idosos que têm maior predisposição às quedas; necessidades de exames periódicos com a finalidade de avaliar os estados da visão, audição e cognição; incentivo à prática de atividade física, pois uma atividade bem planejada e adequada a cada idoso traz melhorias físicas, psicológicas e sociais; acompanhamento do uso de medicamentos, bem como o reconhecimento dos riscos do multiuso; orientação quanto ao uso apropriado de vestuário e calçados; orientação quanto à importância de

se instalar medidas de segurança ambientais, tais como: piso antiderrapante, iluminação e móveis adequados e corrimãos nos locais de maior risco e promoção da conscientização das instituições asilares de que o idoso necessita manter a sua autoestima e independência.

Desta forma, é indispensável uma boa avaliação dos idosos e do ambiente em que eles vivem, pois uma vez diagnosticados todos os fatores de risco envolvidos, é possível realizar intervenções, quer seja para corrigir ou para minimizar as chances de quedas.

## REFERÊNCIAS

- Garrido RO, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Saúde Pública* 2002; 37(3) : 3-6.
- Carvalhoes N, Rossi E, Paschoal S, Perracini N, Perracini M, Rodrigues RAP. Quedas. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 1; 24 a 27 de junho de 1998; São Paulo. Consensos de gerontologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1998. p. 5-18.
- Steadman MCSP, Donaldson N, Kalra MD. A Randomized Controlled Trial of an Enhanced Balance Training Program to Improve Mobility and Reduce Falls in Elderly Patients. *JAGS* 2003; 51(6):847-52.
- Tinetti ME. Performance – oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *JAGS* 1986; 34(2):119-26.
- Boers I, Gerschlager W, Stalenhoef PA, Bloem BR. Falls in the elderly: II. Strategies for prevention. *Wien Wochenschr. The Middle European Journal of Medicine* 2001;113: 398-407.
- Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Ass. Méd. Brás.* 2004; 50(1): 97-103.
- Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. *Rev. Ass. Méd. Bras.* 2010; 56(2):162-7.
- Myers AH, Baker SP, Natta MLV. Risk factors associated with falls and injuries among elderly institutionalized persons. *American Journal of Epidemiology* 1991; 133(11): 1179-90.
- Cavanillas B, Ruiz FP, Moleón JJJ, Alonso CAP, Vargas RG. Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. *European Journal of Epidemiology* 2000; 16: 849-59.
- Fabricio SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e Conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde. Pública* 2004; 38 (1): 93-9.
- Nikolaus T, Bach M. Preventing falls in community – dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): results from the randomized falls – HIT trial. *JAGS* 2003; 51(3): 300-5.
- Baloh RW, Ying SH, Jacobson KM. A longitudinal study of gait and balance dysfunction in normal older people. *Archives Neurology* 2003; 60: 835-9.
- Gomes GAO, Cintra MJDD, Neri ALG, Sousa MLR. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Rev. Bras. de Fisioter.* 2009; 13(5): 430-7.
- Fernandes LFRM, Araújo MS, Matheus JPC, Medalha CC, Shimano AC, Pereira GA. Comparação de dois protocolos de fortalecimento para preensão palmar. *Rev. Bras. Fisioter.* 2003; 7(1):17-23.
- Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal Psychiatric* 1975; 12:189-98.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Rev. Arq. de Neuropsiquiatria* 2003; 61(3b): 777-81.
- Tinetti ME et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *Journal of Medicine* 1994; 331(13):821-27.
- Linhares CRC, Coelho VLD, Guimarães RM, Campos APM, Carvalho NT. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: reflexão e Crítica* 2003; 16 (2) :319-26
- González G, Marín PP, Pereira G. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Rev. Méd. Chile* 2001; 129: 1021-30.

20. Gac EH, Marín PP, Castro SH, Hoyl TM, Valenzuela EA. Caídas en adultos mayores institucionalizados: descripción y evaluación geriátrica. *Rev. Méd. Chile* 2003; 131(8): 887-94.
21. Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, Olsson LL. Fall and injury prevention in residential care-effects in residents with higher and lower levels of cognition. *JAGS* 2003; 51(5): 627-35.
22. Myers AH, Young Y, Langlois JA. Prevention of falls in the Elderly. *Bone* 1996; 18(1): 875-1015.
23. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. Bras. Fisioter* 2009; 13(5): 376-82.
24. Rekeneire et al. Is a fall just a fall: correlates of falling in healthy older persons. The health, aging and body composition study. *JAGS* 2003; 51(6): 841-6.
25. Alvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad.Saúde Pública* 2010; 26(1): 31-40.
26. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev. de Saúde Pública* 2002; 36(6): 709-16.
27. Luiz LC, Rebelatto JR, Coimbra AMV, Ricci NA. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev. Bras. Fisioter.* 2009; 13(5): 444-50.
28. Benson C, Lusardi P. Neurologic Antecedents to Patient Falls. *Journal of Neuroscience Nursing* 1995; 27(6): 331-7.
29. Kato-Navita E, Radanovic M. Characteristics of falls in mild and moderate Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol* 2009; 2(4): 337-343.

Recebido: 09/10/2008

Revisado: 01/10/2009

Aprovado: 18/6/2010



# A alimentação de idosos sob vigilância: experiências no interior de um asilo

*Food for elderly under surveillance: experiences inside an asylum*

Renata Borba de Amorim Oliveira<sup>1</sup>  
Renato Peixoto Veras<sup>2</sup>  
Shirley Donizete Prado<sup>3</sup>

## Resumo

Entendemos que o cotidiano alimentar no interior de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) pode ser estudado utilizando como referenciais teóricos os estudos de Goffman e Foucault. O primeiro autor nos auxilia nos debates sobre estrutura, natureza e dinâmica desses espaços, enquanto o segundo articula as eminentes questões disciplinares envolvidas neste contexto. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com idosos residentes em duas instituições localizadas no Município do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Observamos que os idosos se encontram em franco processo de desumanização, se contentam com a sobrevivência do corpo biológico e com as regras institucionais, que impedem qualquer tipo de flexibilidade. O cotidiano dessas pessoas é destituído de vida. Elas aguardam “a morte chegar”. A comida acaba sendo um mero mantenedor desse beco sem saída, de resignação completa, de expiação. Consideramos necessária uma profunda reflexão sobre o importante papel que a comida pode desempenhar como forma de resgate do imaginário desses idosos no espaço que habitam.

## Abstract

We understand that the daily food within an institution for the aged can be studied using the theoretical studies of Goffman and Foucault. The first author helps us with the details concerning structure, nature and dynamics of these spaces, while the latter articulates the leading disciplinary issues involved in this context. We performed a qualitative study of elderly residents in two institutions located in Rio de Janeiro, Brazil. It was observed that older people are inhuman, settled with the survival of the biological body, and the institutional rules prevent any kind of flexibility. The daily life of these people is deprived of life. They are really waiting for “death to come.” Food ends up being merely a maintainer of this impasse, full resignation and expiation. We need a profound reflection on the important role food can play as a way to redeem the minds of these elderly on the space they live in.

### Palavras-chave:

Alimentação. Instituição de Longa Permanência para Idoso. Poder.

### Key words:

Food. Institution for the aged. Power.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Correspondência / Correspondence

Renata Borba de Amorim Oliveira  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas  
Av. Prof. Manoel de Abreu, 444 1º andar  
20550-170 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: amorimrb@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada<sup>1</sup>, no Brasil há aproximadamente cem mil idosos morando em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

A insuficiência de programas públicos de cuidado domiciliar, a redução da disponibilidade de cuidado familiar e a crescente proporção de idosos com incapacidade e fragilizados, moradias com espaço físico reduzido<sup>2</sup>, além de estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados<sup>3</sup> são considerados os principais fatores de risco para a institucionalização na velhice.

Ao analisarmos o contexto das instituições, tomamos como referencial teórico os estudos de Goffman<sup>4</sup> e Foucault<sup>5</sup>. Goffman retrata os detalhes do cotidiano da sociedade institucional, as relações intrainstitucionais e as estratégias de poder, e Foucault, mais profundamente, analisa a microfísica desse poder, revelando a questão disciplinar como forma de dominação nestes espaços e todas as repercussões advindas desta prática.

Segundo Goffman<sup>4</sup>, a concepção de poder instalada nesses locais expressa um caráter modelador, repressivo e mutilador do eu, onde encontramos opressores e oprimidos (neste caso, dirigentes e idosos, respectivamente), reações de modelagem e resistência entre estes dois grupos. Foucault refere que a disciplina fabrica corpos submissos, exercitados. A tecnologia disciplinar promove o “esquadrinhamento” de sujeitos individuais, gerando espaços complexos.

As características das instituições consideradas por Goffman<sup>4</sup> são: tendência ao “fechamento” simbolizado pela barreira à relação social com o mundo; as atividades controladas por horários; o controle das necessidades humanas; o sujeito com uma “cultura aparente” até o momento da admissão na instituição, quando ocorrem os processos de “programação” e “enquadramento” na máquina administrativa, com os residentes renunciando à sociabilidade; a perda de

comodidade material refletindo na perda de escolha pessoal e a “mortificação” ou “mutilação” do eu, o que geralmente gera uma aguda tensão psicológica inicial.

Foucault<sup>5</sup> descreve os complexos espaços disciplinares como arquitetônicos, funcionais e hierárquicos, onde as relações de poder funcionam de forma discreta, assegurando a regulação do corpo social inteiro. Mostra o esquadrinhamento do tempo na instituição, tendo como características fundamentais a exatidão, a regularidade como formas de controlar, vigiar e anular tudo que não cumpra com estes objetivos.

Podemos entender a alimentação no interior da rotina dessas instituições como expressão dos conceitos de Goffman<sup>4</sup> e Foucault<sup>5</sup>. O comando de horários, a fiscalização do comer e a programação da rotina fabricando corpos subordinados em espaços dominados.

A alimentação é uma necessidade humana de livre demanda, porém tem que se encaixar na burocracia imposta pela instituição. Há uma uniformização dos costumes, em que a forma de vida e o conjunto de atividades anteriores são rearrumados e encaixados nesta nova rotina institucional.

A aceitação da alimentação por parte do indivíduo é fundamental para a permanência em uma instituição. Os que, num movimento de contracontrole, rejeitam a comida, não permanecem no local, pois o não alimentar-se caracteriza que a equipe dirigente não conseguiu estabelecer o controle formal<sup>4</sup>.

Os residentes se sujeitam a comer a comida, por menos agradável que esteja. Quando alguém recusa a alimentação, pode haver desde a contaminação imposta pela “alimentação forçada” até a saída da pessoa da instituição, por não ter se “adequado”<sup>4</sup>.

A rotina das refeições é extremamente rígida e estruturada de forma a manter a “organização” da instituição. A formação de filas no horário da refeição é um exemplo disso, segundo o autor. Isso ocorreu em um abrigo estudado, porém

observamos também que, os que tinham ligações mais estreitas com os funcionários, eram dispensados dessa obrigação e iam para as refeições depois dos outros.

A partir de nossas observações, identificamos os refeitórios como um local-fonte de bens rituais, pois frutas ou alimentos portáteis eram levados para o interior dos aposentos, se transformando em bens pessoais<sup>4</sup>.

É possível perceber que atitudes interpessoais são desestimuladas no interior das instituições. Ao entrar na fila para repetir a refeição, um residente poderia perguntar a seus companheiros de mesa se poderia trazer algo para eles, em troca, estes poderiam oferecer-lhe sal, pimenta ou açúcar, que, de outra forma, teriam levado consigo. Ao receber bolos e doces em uma festa interna, uma pessoa poderia embrulhar parte do que recebera e levar para um amigo que não quis participar<sup>4</sup>. Porém estes pequenos gestos são pouco frequentes.

A alimentação envolve diversos significados, desde o âmbito cultural coletivo até as experiências pessoais mais singulares. Nas práticas alimentares, a subjetividade veiculada inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar, a época, que perpassam por esta experiência diária, garantia de nossa sobrevivência biológica e social<sup>6</sup>.

Há uma carência de estudos relacionados à alimentação e nutrição de idosos institucionalizados, seja na forma de análises quantitativas das dietas destes locais, bem como investigações que visem ao entendimento da alimentação como fenômeno sociocultural e historicamente derivado, em um olhar plurilateral<sup>7</sup>.

Entendendo a alimentação como fator indissociável da vida de qualquer indivíduo, um elemento importante que ajuda a dar significado a nossas vidas, este estudo objetiva auxiliar na construção de um retrato da rotina alimentar dos idosos que vivem em instituições.

## METODOLOGIA

Os critérios éticos foram obedecidos de acordo com a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. Foi mantido o anonimato dos participantes. Eles foram informados dos objetivos da pesquisa e da utilização das informações obtidas para fins acadêmicos. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), no ano de 2007.

Foi utilizada a metodologia qualitativa de pesquisa, que abordou o fenômeno social alimentação e suas complexidades no grupo de idosos institucionalizados através de uma investigação etnográfica, sendo esta entendida como a descrição de uma cultura, na qual a tarefa do investigador é se aproximar dos sujeitos na busca de compreender a teia de significados em que estão inseridos<sup>8</sup>.

Como método de investigação, a etnografia deve superar a finalidade descritiva, sendo esta a base sobre a qual se interpreta, com intencionalidade de interpretação e crítica<sup>9</sup>.

As abordagens foram realizadas no ano de 2008 com dez indivíduos residentes em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), em meio urbano, no município do Rio de Janeiro, que apresentavam autonomia mental e idade superior a 60 anos. Foram utilizadas as seguintes técnicas de pesquisa: a observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

A técnica de observação participante foi utilizada para “descobrir” aspectos da alimentação nesse universo. Assim, foram realizados um planejamento do trabalho e preparação do observador<sup>10</sup>. Através desta, o observador se coloca face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe os “dados”, entendidos como construções sociais<sup>11</sup>. Este tipo de abordagem reflete as

concepções de Malinowski<sup>12</sup> e suas bases metodológicas de inserção na realidade empírica dos sujeitos.

Foram adotadas as entrevistas semiestruturadas com idosos considerados como informantes-chave pelos profissionais que trabalham nas instituições e pelos próprios idosos. O entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada<sup>11</sup>. Estas se desenvolvem a partir de um esquema básico, porém flexível, pois permite ao entrevistador fazer adaptações<sup>10</sup>.

As entrevistas foram realizadas em local silencioso, confortável, que permitiu privacidade, em horários recomendados como melhores para as instituições. Foram gravadas com o auxílio de um equipamento eletrônico e posteriormente transcritas na íntegra.

Foi registrado o modo como foram estabelecidos esses contatos, a forma como o entrevistador foi recebido pelo entrevistado, o grau de disponibilidade para a concessão do depoimento, a postura adotada durante a coleta do depoimento, gestos, sinais corporais, elementos significativos para a leitura/interpretação posterior, bem como para a compreensão daquele universo<sup>13</sup>.

#### Rotina marcada pela alimentação e a ausência de outras atividades

Nesta categoria, foram agrupadas as unidades que diziam respeito à rotina de atividades (ou a falta delas) no cotidiano da instituição.

Dos idosos entrevistados, todos mencionaram os horários das refeições como fatores que marcam a divisão do seu dia, intercalado com poucas atividades. É possível perceber claramente que a menor parte dos idosos buscava atividades como forma de fazer com que o dia passe mais rapidamente, como “atividades de evasão”<sup>4</sup>, em que eles se desconectam temporariamente de si e do ambiente. A rotina destes idosos se torna um eterno esperar pela próxima refeição.

O estabelecimento de horários é tanto fundamental para a administração do tempo como para reforçar a tecnologia disciplinar<sup>5</sup>. No entanto, a manutenção de uma regularidade e exatidão das atividades cria sujeitos “dessubjetivados”, reduzidos a objetos materiais<sup>14</sup>.

*“Aqui a gente só come, bebe e dorme [...] tudo é elas que fazem, aqui ninguém faz nada [...] De manhã nós acordamos, umas 5:30h, tomamos banho, e fica na cama esperando elas chamarem pro café [...] aí tomamos o café, depois do café a gente vem pra fora [...] 10h vem a merenda, 11:30 é o almoço, acabamos de almoçar pra dormir, levanta, senta na mesa pro lanche, logo mais às 7h tem a oração da Ave Maria, é a janta...quem pode ficar vendo novela, fica, mas se não pode, como eu não gosto, [...] fico ali um tempinho descansando a janta.” (D. Betina, viúva de 93 anos, três filhos falecidos)*

*“Me levanto de manhã, tomo banho, né, que é a hora do banho pra gente tomar [...] e elas chamam pra tomar café, depois venho cá pra fora, ficamos ali sentadas, dou um passeiozinho pra cá e pra lá, cambaleando mais pra andar um pouco, pra não ficar muito sentada, aí fico ali sentada, às 10h a menina dá uma laranja [...] depois às 11:30 é o almoço, feijão, porque tenho que comer feijão de qualquer maneira, que tem ferro né, feijão, um pouquinho de arroz, legumes, os legumes são variados, uma vez é um pouquinho de carne, outra vez é frango [...] mais nada [...] depois do almoço, eu descanso [...] aqui tem a ordem do descanso [...] ficar esticada até que é bom [...] aí vou lanchar [...] o lanche é uma vez é suco, mate, mingau, mas mingau também não tomo [...] vitamina também não tomo, tomo mais é chá com biscoitinho cream cracker [...] depois [...] a esta hora, a gente fica fazendo aí hora [...] até às 5h [...] a gente corre pra assistir à prece aqui [...] aí às 7h, é o jantar [...] depois do jantar, quem quer ficar ali vendo a novela fica, ou vendo o jornal nacional, durante o dia é isto a minha vida [...]” (D. Sofia, portuguesa de 85 anos)*

*“Bom, eu, não tô aqui de come e dorme, não [...] eu trabalho, eu faço tricot [...] Nós aqui levantamos, a moça da noite, levanta 5:30, [...] porque nosso café é 8 horas [...] Tomo café, assim que acabo de tomar*

*café, nós viemos todas praqui, né [...] aqui pra baixo, até 11h, que 11h a gente vai sentar na mesa pro almoço [...] Eu faço (tricot) de manhã um pouco e faço de tarde [...] eu adoro ler [...] mas eu leio só Sabrina, Bianca e Júlia [...] porque no final acaba tudo bem [...] Tem o café da manhã, às 10h tem um lanche (banana ou outra fruta qualquer) [...] às 11h a gente senta pra almoçar [...] às 2h acaba o repouso (acaba de almoçar a gente se deita, fica até 2h) [...] 2h a gente senta na mesa pra fazer lanche às 3h, faz o lanche...É o dia inteiro comendo!!! (risos) [...] Eu como muito pouco, sabe? Depois da janta, eu me deito, e fico ouvindo rádio até 10h, sabe?” (D. Maria, viúva carioca de 86 anos)*

Há uma determinação dos espaços que as idosas podem habitar nos diferentes horários. Depois do almoço, as idosas ficam todas em uma varanda, estrategicamente definida por ser o local onde o lanche será servido em seguida e que podemos caracterizar como “espaço da vigilância”<sup>5</sup>, ou seja, uma área em que o indivíduo pode estar, sujeito à autoridade e às restrições usuais do estabelecimento. Para Foucault<sup>5</sup>: “As disciplinas [...] criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos” (p.174).

Não há incentivo para as atividades em conjunto, tendo em vista que a própria instituição não fornece elementos que fortaleçam a interação ou espírito de cooperação.

As atividades que poucos fazem, são por vontade e habilidade próprias de cada idosa e o material necessário para a realização destes trabalhos manuais é subsidiado por voluntários. Ou seja, quando os idosos optam por alguma atividade, ainda ficam dependentes de terceiros.

A comida não é um elemento utilizado como meio de trocas econômicas ou de doação a outrem. Isso é desestimulado pela instituição através de uma série de mecanismos de controle: bloqueio à

entrada de produtos, controle do fluxo de alimentos e pela impossibilidade do idoso manter comida sob seu controle. Sendo assim, ele não adquire a característica de bem ritual<sup>4</sup>.

A atividade ou fazer humano é essencial ao equilíbrio físico, psicoemocional e social do idoso. Isto o estimula a continuar fazendo planos, estabelece os contatos sociais, torna-o ativo, sujeito de si e da vida. Um ser humano sem o estigma de velho, enquanto evidências demonstram que o não fazer é nocivo à saúde do idoso<sup>15</sup>.

Incapacidade de indignação com a alimentação e com a vida

Esta categoria se refere ao que os idosos julgam a respeito da alimentação da instituição. Podemos notar que a maioria diz estar satisfeito, porém mencionando limitações e hábitos individuais, que nem sempre são levados em consideração.

Mostram-se igualmente resignados em não comer o que o médico “proibiu” ou o “que não é mais próprio para a idade”, nos evidenciando uma imagem (instituída e instituinte, posto que reforçada pelo abrigo) de pessoas constantemente doentes.

Há registros na nossa cultura alimentar de se considerar sopa como “comida de doente”. Na primeira instituição estudada, diariamente no horário do jantar é servida uma sopa. Na época da guerra, quando os jovens eram feridos ou presos, eram obrigados a “engolir” a sopa durante a hospitalização. Mas, segundo Maes<sup>16</sup>, quando isto é regular, torna-se um castigo. A repetição engendra o tédio e suscita a aversão.

Na instituição feminina, existe uma tentativa de não contaminação dos sujeitos<sup>4</sup> no aspecto físico. Não há queixa de alimentos sujos, locais em desordem, toalhas sujas, sapatos e roupas impregnados de suor, instalações sujas para o banho, o que lhes garante condições mínimas de sobrevivência do corpo biológico. Porém, não há uma preocupação com as relações sociais, crenças, sentimentos, sonhos e desejos.

*“A minha alimentação, eu tô gostando, porque eu só como mesmo as coisas que eu posso comer. Coisa que eu não posso comer, porque o médico proibiu, eu não como, eu posso até gostar, mas eu não como de jeito nenhum. [...] Tem uma senhora que às vezes vem trazer lanche aí, mas ela já conhece as vovós, então ela traz só as coisas que as vovós pode comer. Às vezes ela traz cachorro quente de soja, né, porque isso aí não faz mal pra ninguém, e sanduíche de peito de peru... Às vezes bolo também [...] bolo normal eu posso comer... Pela minha fé, a minha perna já tá curada, sabe, e eu pretendo fazer de tudo, não comer nada que eu não possa” (D. Jurema, solteira, não teve filhos)*

*“Bem, alimentação aqui é boa, mas só tem uma alimentação que eu como [...] é sopa [...] sopa eu não gosto muito, mas eu como um pouco [...] Olha, a minha comida é feijão, arroz, carne com gordura eu não como, eu não posso comer gordura porque o médico proibiu [...] Agora, comida que é assim aquela água, eu não gosto, não [...] Eu fiz muita sopa, mas não é aquela água, não [...]” (D. Clara, paraibana há cinco anos asilada)*

*“Ué, boa, né [...] Nós comemos muita carne [...] Eu tô enjoada de carne [...] aqui tem muita carne vermelha [...] Então, eu gosto de um bifinho [...] não vou dizer que não gosto de um bifinho à milanesa? [...] de uma almôndega, carne moída, mas carne assim aos pedacinhos, eu digo, “Bota só um pedacinho [...]” Então, eu acho que podia ter mais um pouquinho de peixe, não pode dar peixe frito, dá um peixinho ensopado [...] Mas a comida é farta [...] No café, nós comemos café com leite, sopinha no jantar [...] O tratamento é muito bom [...] Queria só um peixezinho [...] Eu mesma me polício [...] Eu sou assim [...] Eu gosto muito de comer [...] Se me derem dois bombons, eu como hoje um e guardo o outro pra amanhã [...] Eu gosto, mas não sou gulosa [...] quer dizer, eu reconheço a minha idade, né? [...] Eu gosto, mas me controlo [...]” (D. Elaine, carioca de 83 anos)*

*“Aqui [...] acho maravilhosa [...] É uma alimentação que não é salgada, é um pouquinho assim, mais sem sal, né [...] As funcionárias são maravilhosas, limpa tudo, faz tudo que é faxina [...] e assim vai passando o dia, pra não passar muito rápido, eu faço bastante tricot.” (D. Irene, viúva, tem três filhos)*

Podemos comparar a situação de institucionalização com o descrito por Victor Hugo<sup>17</sup>, em *Os Miseráveis*, quando compara uma prisão e um claustro da época da Revolução Francesa: no primeiro, há a possibilidade de evasão, e no segundo, a perpetuidade e a morte mais adiante. Nas palavras do autor: “No primeiro, a pessoa está presa apenas pelas correntes; no outro, está acorrentada pela fé. O que se desprendia do primeiro? Uma maldição imensa, o ranger de dentes, o ódio, a maldade desesperada, um grito de raiva contra a sociedade humana, um sarcasmo contra o céu. E o segundo? As bênçãos e o amor. E nesses dois lugares tão semelhantes e tão diversos essas duas espécies de criaturas tão diferentes realizavam a mesma obra, a expiação” (p. 473).

Podemos observar que as idosas são frequentemente chamadas de vovós ou meninas. De acordo com Goffman, essa infantilização social é uma forma de tiranização do indivíduo, pois se tira dele autonomia, liberdade de ação e capacidade de decisão. Tudo fica sujeito a regulamentos, violentando sua autonomia pessoal<sup>18</sup>.

Para Spinoza, a diminuição da “potência do agir” conduz a uma passividade, que leva à servidão. Ficamos, assim, escravos sem saber o que somos. Reagimos, alienados de nós, passivos, sem usar nossa capacidade ativa e criativa, o que nos impulsiona a um círculo vicioso de dependência. Provoca-se assim, uma própria destruição<sup>19</sup>.

Segundo Foucault<sup>5</sup>: “O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor.” (p. 195)

A comida acaba sendo mantenedora dessa vida sem vida, desse beco sem saída, de resignação completa, de expiação. Enfim, uma expressão biológica material sem vida.

Mudanças relacionadas à alimentação ao longo da vida e na condição atual de institucionalização

Reunimos nesta categoria as semelhanças e diferenças da alimentação atual dos idosos com o que foi vivido por eles antes da entrada na instituição.

Houve grande diversidade de respostas, desde idosos que relataram diferença da alimentação nesses períodos até as que disseram que havia sofrido pequenas ou até nenhuma modificação. Em sua maioria, sugeririam pequenas e tímidas mudanças, em que se incluíam algumas guloseimas, mencionaram hábitos regionais, quantidade de sal, “tempero”, uma maior variedade de alimentos, mudança da preparação no jantar (retirada da sopa diariamente) e comer “o que não podem comer”.

*“É muito diferente [...] Porque a senhora sabe, na casa da gente, a gente faz o que quer, como gosta, e o que gosta, o que tem e o que pode, né isso? [...] Nós comíamos muito era peixe e tinha muito apego a peixe, camarão, peixe ensopado, peixe frito, camarão [...]” (D. Betina, asilada há quatro anos)*

*“Não muda muita coisa, não [...] As coisas que eu comia eram parecidas com as coisas que eu como aqui [...] Quantidade também [...]” (D. Jurema, mineira, solteira de 66 anos)*

*“Ah, antes de vir pra cá, minha filha, eu sou muito esganada, eu comia tudo, eu comia tudo [...] (risos) [...] Eu sou muito comilona (risos)” (D. Irene, que relata como motivo de asilamento não querer incomodar na casa da filha)*

*“Aqui eu não posso mudar, aqui tudo é controlado [...] Eu pretendo sair daqui. Quando eu tiver meu cantinho eu pretendo variar, né. Por exemplo, se eu comer uma verdura hoje, amanhã eu como outra diferente, se eu comer couve hoje, amanhã eu já vou comer brócolis, repolho, salada de alface, tomate com agrião, essas coisas que eu posso comer assim [...] Aí eu vou poder, né, agora aqui não [...] Aqui eu tenho que comer o que tem, né [...]” (D. Jurema, mineira)*

*“Sinceramente, se eu pudesse mudar alguma coisa, saía daqui e ia pra minha casa de antigamente! E não é possível, né [...] A gente sente falta [...]” (D. Maria, asilada há cinco anos)*

*“Não [...] Só quando eu chegar na minha casa, é que eu vou fazer do meu jeito [...] (risos) [...] Bem, toda a comida é de um jeito, né? O meu jeito, eu fazia como todas as cozinheiras lá do norte [...]” (D. Clara, paraibana)*

Uma cultura alimentar é resultado de um processo de aprendizagem que se inicia no momento do nascimento e se consolida no contexto familiar e social. Por essa razão, entende-se que as diferenças na alimentação podem ser vividas com uma mescla de surpresa, estranheza, desconfiança ou repulsa<sup>20</sup>.

É notório que o idoso institucionalizado perde a autonomia que o comensal contemporâneo possui, de estabelecer condutas individuais (ritmo, tempo, companhia) e, nessa perspectiva, eles passam a não eleger mais os seus próprios pacotes de consumo<sup>21</sup>.

A alimentação também informa sobre a capacidade de as pessoas exercerem papéis familiares e a mulher está especialmente inserida neste contexto, como mãe, dona-de-casa e principal responsável pelo controle e gerência doméstico<sup>22</sup>. Contudo, com a institucionalização, esta é uma das funções mais importantes que elas perdem. Ainda segundo Canesqui<sup>22</sup>, dentre as atividades domésticas da família trabalhadora, cozinhar é e foi a tarefa feminina mais importante, principalmente no passado.

Foucault<sup>5</sup> identifica estratégias de poder brutais (castigos) e outras mais refinadas (prêmios), reforçando as relações de poder. Podemos citar o fato de as idosas não participarem do almoço mensal que acontece no abrigo e a autorização que poucas idosas possuem de participar do corte dos legumes nos fins de semana.

Podemos claramente perceber que a instituição define quem pode ser privilegiado, podendo ser

reconhecido como “colaborador”, um indivíduo “normal”, “programado”, “interiorizado”. As instituições lidam com os indivíduos a partir da concepção que criam a respeito de suas identidades<sup>23</sup>.

### Falta de desejos em relação à comida

Nesta categoria, evidenciamos a existência ou não de desejos em relação à comida. Em mais um momento, pode-se observar que os idosos estão resignados e sem sonhos, tanto no campo da alimentação, como para sua vida de uma maneira geral, deixando de lado a alimentação como algo tão marcante e fonte inspiradora de desejos, se analisarmos a história das nossas vidas, acontecimentos, datas importantes, confraternizações em família, com amigos, etc.

Não há espaço para escolhas pessoais, concorrendo para o que Goffman<sup>4</sup> denomina de mortificação do eu, o que, segundo ele, para um indivíduo desiludido com o mundo, parece provocar certo alívio psicológico.

O comodismo parece proteger do risco de insucesso na empreitada de se mudar algo já, afinal de contas, familiar, o medo de que o novo seja pior que o já conhecido, que se perca o pouco que se tem e nada se ganhe no lugar. Afinal, um tempo presente sem conquistas é também um tempo sob controle, seguro<sup>24</sup>.

Nas práticas alimentares, está contida a identidade cultural, a condição social expressa nos procedimentos de escolha e preparação do alimento e ao seu consumo, manifestando-se na experiência diária daquilo que se come, de como se come, dos desejos por certos alimentos e preparações, do lugar em que se come<sup>25</sup> e uma falta de desejos pode ser interpretada como o apagar de experiências alimentares, uma identidade cultural enfraquecida.

*“Não, minha filha [...] porque não dá pra ter [...] sabe? [...] E como eu já disse [...] porque na casa da gente, a gente faz feijão é todo dia, né [...] um dia faz peixe frito, outro dia faz peixe ensopado, outro dia faz camarão, outro dia faz carne, galinha, [...]*

*Então sobre comida não tenho o que dizer, eu gosto das coisas que bota, tudo que bota, eu como de tudo [...] Em casa a gente faz o que a gente tá querendo fazer, né [...]*” (D. Betina)

*“É [...] desejo [...] o que os olhos não vêem o coração não sente [...] Não vejo outra coisa senão aquela (comida) mesma, não sou muito gananciosa, não [...] sempre fui muito calminha [...] comia o normal [...] nunca fui gulosa [...] não gosto de doce, começa logo [...] O que eu adoro é pão, pão e torrada, sabe? Eu sou capaz de comer um pão duro, sem manteiga, sem nada, mas é pão, tudo bem.”* (D. Sofia)

*“Não, não, não [...] Eu como qualquer comidinha que me der [...] Só não posso comer sem sal [...] sem sal nenhum [...] mas que tenha cebola, que tenha alho, cebolinha verde, coentro, pra comida ficar gostosa.”* (D. Clara)

*“Às vezes a gente tem vontade de comer uma coisa que não tá ali, né? Mas é comum [...] às vezes a gente quer comer alguma coisa, pensa, não sei [...] Eu só não gosto de coisa salgada, se a comida tiver salgada, aí eu acho que tá salgada [...] se é arroz, se é feijão, se é arroz com abóbora, qualquer tipo de comida eu gosto.”* (D. Lourdinha)

*“Não [...] eu tô dizendo comer bacalhau [...] (risos) [...] no Natal nós comemos bacalhau, bem ensossinho, mas comemos bacalhau (risos).”* (D. Maria)

Muitos podem enxergar a falta de sonhos e desejos como a ausência na busca por autonomia e independência, refletindo uma falta de esperança de um porvir<sup>26</sup>.

### Vazio em perspectivas futuras

Nesta categoria, são apresentados os relatos dos idosos a respeito do futuro. A maior parte deles menciona Deus e a morte. Há os que sonham em ir embora, os que pedem apenas saúde, os que não querem ficar dependentes, os que não pensam no futuro, até a que não avista futuro algum.

Muitas enxergam a morte como uma libertação de uma vida destituída de significado e amor humano<sup>26</sup>.



*“O meu futuro, aqui, ou em qualquer canto, é um dia eu partir para o plano espiritual [...] Se eu merecer eu vou receber um lugarzinho fresco, como está aqui [...] e se eu não merecer eu fico num lugarzinho mais quente [...] Aí quem sabe é Ele.” (D. Betina)*

*“O futuro a Deus pertence! Eu nem penso no futuro! Penso no presente [...] O futuro, eu deixo na mão de Deus [...] O que eu desejo é que dê saúde aos meus [...] e peço muita proteção pra esta casa [...] é só o que peço [...] (chorando). O dia que chegar, chegon [...] não penso que vou morrer [...] o dia que morrer, morri [...] não tenbo [...] não sou pegada a nada [...] não sou pegada a nada.” (D. Sofia)*

*“Ah, minha filha [...] se você for perguntar isso à minha irmã [...] minha irmã tem horror de morrer [...] (risos). Eu só peço o seguinte [...] que não me maltrate muito pra mim fazer a passagem [...] mas que me leve pra mim sossegar [...]” (D. Maria)*

*“Olha, o meu futuro tá na mão de Jesus [...] Olha, eu entrego todos os minutos que tem no dia, eu entrego. Olha, eu só tenbo expectativa numa coisa: vida, saúde, paz e amor pra todo mundo.” (D. Clara)*

*“De quem? Minha? Ah, não, minha filha [...] Minha vida é esperar quando papai do céu me chamar [...] Agora, que eu peço à Deus que Deus me proteja, que eu não tenbo família, né [...] que eu não fique dependente [...] Muito triste a pessoa ficar na cadeira de rodas, não poder tomar um banho [...] muito triste. Não é a velhice que assusta [...] a dependência é que é [...] mas, Deus é que sabe.” (D. Elaine)*

*“Futuro? Acabou (risos) [...] O futuro não existe mais pra mim [...] Acabou [...] (risos) [...] Não tenbo mais futuro [...] Pra mim não [...] não sei, fazer o quê?” (D. Lourdinha)*

Os idosos vivem num mundo à parte, onde perdem sua individualidade, entram aos poucos num processo de isolamento e deixam de “existir”. Negam-se e lhes são negadas as possibilidades de elaboração de projetos, por viverem num mundo sem significado pessoal<sup>27</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigamos a alimentação de idosos institucionalizados, utilizando como referenciais teóricos os conceitos de Goffman e Foucault, em que Goffman se insere na dinâmica destes espaços e Foucault articula as questões disciplinares envolvidas com a alimentação.

Há uma perda dos espaços individuais e a alimentação passa a ser um bem coletivo, oferecido aos idosos em horários determinados, com pouca permissão de variações, havendo imposição de impedimentos à sua vontade e resignação da parte deles.

O discurso de aparente satisfação pode ser entendido como um receio, por parte do idoso, em criticar a instituição em que vive e isso prejudicá-lo de alguma forma.

Nota-se, através da fala dos idosos, que as regras institucionais impedem a flexibilidade, o que é indispensável a uma vida saudável, em que a satisfação de pequenos gostos individuais poderia representar pequenos momentos de felicidade.

O cotidiano dessas pessoas é destituído de vida. Elas literalmente aguardam “a morte chegar”. Uma vida material sem vida, vazia e à espera da morte.

Seria isso vida ou sobrevivência? Pode-se considerar viver o não poder jamais comer o que se deseja? O resignar-se diante da inexistência do que fazer? Ou do fazer alguma coisa para não pensar na vida? Pensar na vida: uma das preciosidades facultadas à vida humana; sem ela, somos humanos?

Consideramos que todo o esforço deve ser feito para que o imaginário desses idosos asilados continue percorrendo os espaços que habita, buscando sua realização como seres humanos.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República e Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Disponível em: URL: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro\\_%20CaractdasInstituicoesRegiao\\_Sul.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/Livro_%20CaractdasInstituicoesRegiao_Sul.pdf)
2. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Santos BRL. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2007; 10 (2).
3. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(5): 454-60.
4. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
5. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 1988. p. 280.
6. Garcia, RWD. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cad. Saúde Pública* 1997; 13(3): 455-467.
7. Canesqui AM, Garcia RWD. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: \_\_\_\_\_. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 9-19.
8. Fino CN. A etnografia enquanto método: um modo de entender as culturas (escolares) locais. In: Escallier C, Veríssimo N, organizadores. *Educação e Cultura*. Funchal: DCE Universidade da Madeira; 2008. p. 43-53.
9. Sabirón F. Estructura de un proyecto de investigación en etnografía de la educación. *Rev. Européia. Etnografía da Educação* 2001; 1: 27-42.
10. Rocha SMM, Lima RAG, Scochi CGS, Vandrúsculo DMS, Mello DF. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1998; 6 (5): 5-15.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006: p. 406.
12. Malinowski B. Os argonautas do Pacífico Ocidental. 1. ed. São Paulo: Abril; 1976.
13. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesquisa* 2002; 115: 139-154.
14. Benelli SJ. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. *Rev. Psicol. Estudo* 2003; 8(2): 99-114.
15. Lima MAXC. O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. 2005. [dissertação]. São Paulo: Mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
16. Maes G. A sopa no hospital: testemunho. In: Canesqui AM, Garcia RWD. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 239-252.
17. Hugo V. Os Miseráveis: texto integral. São Paulo: Martin Claire; 2007. p. 783.
18. Benelli SJ. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Rev. Estud. Psicol* 2004; 21(3): 237-252.
19. Carvalho MC, Martins AA. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 1003-1012.
20. Hernández JC. Patrimônio e globalização: o caso das culturas alimentares. In: Canesqui AM, Garcia RWD. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 129-145.
21. Arnaiz MG. Em direção a uma Nova Ordem Alimentar? In: Canesqui AM, Garcia RWD. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 147-164.
22. Canesqui AM. Mudanças e permanências na prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores In: Canesqui AM, Garcia RWD. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 167-210.
23. Benelli SJ, Costa-Rosa A. Estudo sobre a formação presbiteral num seminário católico. *Estud. Psicol.* 2003; 20(3): 99-123.
24. Martins A. Religiões e tecnologias médicas: soluções mágicas contemporâneas. Uma análise a partir de Spinoza, Nietzsche e Winnicott. In: Barros JA. *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: ANVISA; 2008. p. 20.

25. Garcia RWD. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: Canesqui AM, Garcia RWD. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 211-225.
26. Freire Júnior RC, Tavares MFL. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. Rev. Bras. Geriatr Gerontol 2006; 9(1).
27. Lima MAXC. O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento. 2005. [dissertação]. São Paulo: Mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.

Recebido: 01/6/2010

Aprovado: 30/7/2010



# Nível de atividade física: questionário internacional de atividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas

*Level of physical activity: international physical activity questionnaire and time of practice in older women*

Maria Angélica Binotto<sup>1</sup>  
Adriano Ferreti Borgatto<sup>2</sup>  
Sidney Ferreira Farias<sup>3</sup>

## Resumo

O objetivo do estudo foi verificar o nível de atividade física habitual e o tempo de prática de idosas praticantes de atividades físicas em um grupo de convivência. Este estudo se caracteriza como descritivo de corte transversal. A amostra não probabilística constituiu-se de 234 idosas do sexo feminino com idade igual ou superior a 60 anos ( $69,52 \pm 5,51$  anos). Para a coleta de dados, utilizaram-se um questionário com informações referentes à satisfação com a saúde, doenças e uso de medicamentos e o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) - forma longa, adaptado para idosos. O tempo de prática (anos completos) foi aferido por meio de entrevista individual. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS 12.0, utilizando-se de análises descritivas. No que se refere à prática de atividade física habitual, as idosas, em sua maioria (82,1%), foram consideradas mais ativas, com média semanal 322,62 minutos. Na contribuição dos diferentes domínios da atividade física, quanto ao dispêndio total em minutos por semana de atividades físicas, destacam-se com maior prevalência as atividades de lazer/recreação (42,01%). Em relação ao tempo de prática das idosas no grupo, observou-se que o tempo médio de participação no grupo foi de 7,35 ( $\pm 5,34$ ) anos. Além da implantação de programas de atividades físicas direcionados aos idosos, principalmente para os idosos com idade mais avançada, os programas devem ter como meta a melhora das capacidades físicas do indivíduo e a conscientização da importância da prática das atividades físicas como fator de melhoria da qualidade de vida.

## Palavras-chave:

Envelhecimento. Atividade Física. Grupo de Convivência. Estudo Transversal.

## Abstract

This study aimed to determine the level of habitual physical activity and time of practice of older practitioners of physical activities in a acquaintance group. It is a cross-sectional descriptive and the non-probability sample consisted of 234 elderly females aged more than 60 years ( $69.52 \pm 5.51$  years). For data collection, it was used

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Educação Física. Irati, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Departamento de Informática e Estatística. Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Departamento de Educação Física. Florianópolis, SC, Brasil.

## Correspondência / Correspondence

Maria Angélica Binotto  
Rua André Filipak, 160/05  
84800-000 - Irati, PR, Brasil  
E-mail: manbinotto@yahoo.com.br

a questionnaire with information related to satisfaction with health, disease and medication use and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - long form, adapted for the elderly. The time of practice (full years) was informed through individual interviews. Data were analyzed using the statistical program SPSS 12.0, with descriptive analysis. Regarding the practice of physical activity, the elderly, most (82.1%), were more active with weekly average of 322.62 minutes. In the contribution of different domains of physical activity in the total expenditure in minutes per week of physical activity, the most prevalent domain were the leisure activities and recreation (42.01%). Regarding the time of practice in the elderly group, the average time of participation in the group was 7.35 ( $\pm$  5.34) years. Besides the deployment of physical activity programs targeted to seniors, especially for the elderly with advanced age, the programs must have a goal to improve the physical capabilities of the individual and awareness of the importance of the practice of physical activities as a factor to improve the quality of life.

**Key words:** Aging. Physical Activity. Group Interaction. Cross-sectional Study.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento tornou-se um dos fenômenos que mais se evidenciam nas sociedades atuais. Está bem documentado na literatura científica<sup>1-5</sup> que o processo de envelhecimento em idades avançadas está associado a alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, bem como ao surgimento de doenças crônico-degenerativas advindas de hábitos de vida inadequados (tabagismo, ingestão alimentar incorreta, tipo de atividade laboral, ausência de atividade física regular), que se refletem na redução da capacidade para realização das atividades da vida diária.

A importância e os benefícios dos exercícios físicos nesta população são cada vez mais evidentes e as pesquisas têm demonstrado o quanto eles podem minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento e contribuir para a qualidade de vida do idoso, sobretudo em relação às atividades da vida diária influenciando na dependência e na autonomia do idoso.<sup>2,5,6</sup> No entanto, no Brasil o sedentarismo apresenta alta prevalência, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde<sup>7,8</sup>.

Estudos de caráter epidemiológico de *coorte* envolvendo populações idosas demonstram que a manutenção de um hábito de vida ativo está associada à diminuição do risco de quedas e fraturas na região do quadril,<sup>9-12</sup> redução no declínio da massa muscular e óssea<sup>1,13</sup> e menor incidência de doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias e obesidade<sup>11,14</sup>. Sendo

assim, os programas de atividades físicas emergem como uma perspectiva de promoção da saúde no processo de envelhecimento.

Nos anos 80 e 90, houve uma expansão da oferta de programas de atividades físicas e formação de grupos de convivência para idosos.<sup>15</sup> Atualmente, observa-se que há uma disseminação destes programas direcionados aos idosos, promovidos por órgãos públicos como prefeituras e universidades. No entanto, a participação e adesão a programas de atividades físicas pelos idosos dependem das características individuais, ambientais e das particularidades da atividade proposta, bem como do conhecimento dos benefícios que a atividade física proporciona.<sup>16</sup>

Portanto, detectar o tempo de prática no grupo de convivência e a quantidade de atividade física realizada pelos idosos é de fundamental importância, a fim de avaliar as contribuições dessas intervenções e a partir disso, sugerir propostas eficientes e coerentes em relação a tipo, duração, intensidade e frequência das atividades físicas propostas, com o objetivo de amenizar os efeitos decorrentes do envelhecimento. Poucos estudos têm sido realizados investigando a permanência dos idosos nos grupos de convivência, bem como a caracterização dos mesmos quanto ao nível de atividade física.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar o nível de atividade física habitual e o tempo de prática em mulheres idosas praticantes

de atividades físicas em um grupo de convivência de Florianópolis/SC.

## METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo é descritivo de corte transversal<sup>17</sup> e constituiu-se por mulheres idosas participantes de atividades físicas em um grupo de convivência localizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, Brasil. Florianópolis tem uma população idosa de 28.816, correspondendo a 8,4% de sua população<sup>18</sup>. Nele foram admitidas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade, do sexo feminino, com tempo de participação mínima no grupo de um ano nas atividades ginástica, recreação, dança, vôlei e hidroginástica, com frequência mínima de duas vezes semanais e duração de 40 a 50 minutos por sessão.

A amostra não probabilística constituiu-se de 234 idosas do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos.

Os dados foram coletados utilizando-se o questionário. No primeiro bloco do questionário, foram respondidas questões referentes às características sócio-demográficas – idade e escolaridade –, assim como questões referentes ao estado de saúde: satisfação com a saúde, doenças e uso de medicamentos. O segundo bloco foi composto por questões do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) - forma longa, adaptado para idosos e considerado o mais indicado para discriminar níveis gerais de atividades físicas em idosos, com boa estabilidade de medidas e precisão<sup>15</sup>. Ele mensura o tempo realizado em atividades físicas moderadas e/ou vigorosas nos domínios do trabalho, transporte, atividades domésticas e de lazer durante uma semana usual. Para categorizar o nível de atividade física, foram consideradas menos ativas as idosas que, no somatório das atividades físicas nos diferentes domínios, despendiam menos de 150 minutos em atividades físicas moderadas ou vigorosas por semana, e mais ativas as idosas que obtiveram um escore igual ou superior a 150 minutos semanais.<sup>19</sup> Para a classificação dos problemas de saúde referidos pelas idosas,

utilizou-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua décima revisão, volume I (CID – 10).

Para tanto, neste estudo foi utilizado o termo atividade física como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos-esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso.<sup>20</sup>

O tempo de prática (TP) é uma variável do estudo relacionada ao tempo (anos completos) em que as idosas praticam atividades físicas regularmente no grupo de convivência selecionado para este estudo. Para tanto, foram consideradas como iniciantes as idosas que estavam começando as atividades no grupo ou as que ainda não tinham completado um ano de participação nas atividades físicas do grupo, independentemente de terem feito atividades físicas em outros lugares anteriormente. A classificação foi feita considerando os anos completos de participação no grupo de convivência. Os dados referentes a esta variável foram obtidos por meio de entrevista individual.

Dentre os procedimentos para a coleta de dados, realizou-se um treinamento para a capacitação na aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ), que serviu para orientar os procedimentos dos entrevistadores de forma a homogeneizar as condutas e assegurar uma boa compreensão e entendimento do instrumento, minimizando, assim, as interpretações equivocadas e diferenciadas que pudessem comprometer os resultados.

As idosas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e os procedimentos metodológicos aplicados foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 050-05.

Os dados considerando as diferentes variáveis do estudo foram analisados por meio do programa estatístico SPSS 12.0, utilizando-se dos procedimentos da estatística descritiva: média e desvio padrão. Foram calculadas também frequências relativas e frequências absolutas.

## RESULTADOS

As mulheres idosas participantes do estudo tinham uma média de idade de  $69,52 \pm 5,51$  anos, com idades variando entre 60 e 84 anos. Houve predominância de idosas com idades entre 70–74,9 anos (29,5%), seguidas de idosas de 65–69,9 anos (28,6%). Em relação à escolaridade, predominaram idosas com ensino fundamental (34,6%). O estado subjetivo de saúde é bastante variável entre as pessoas idosas e depende de suas experiências pessoais, nível de instrução e conhecimento, objetivos e mecanismos utilizados para enfrentar as decepções e os fracassos ao longo de suas vidas. Neste estudo, observou-se que a maioria (76,5%), estava satisfeita/muito satisfeita com a saúde atual. Entre as idosas, as doenças foram autorreferidas e 90,6% apresentam algum tipo de doença, sendo que as ligadas ao aparelho circulatório foram as de maior porcentagem. O uso de medicamentos foi relatado por 86,8% das idosas e, destas, a maioria (59,8%) faz uso diário de um a três medicamentos diferentes. Ao

categorizar-se o nível de atividade física em dois níveis, observou-se uma predominância de idosas mais ativas (82,1%) sobre as menos ativas (17,9%) com valores médios em min/sem de 368,16 e 114,40, respectivamente. Possivelmente, os percentuais de idosas mais ativas foram maiores no presente estudo em função de suas características particulares, ou seja, de ser um grupo específico de convivência que participa de atividades físicas regulares.

O IPAQ tem sido utilizado como um dos instrumentos de mensuração do nível de atividade física em grandes grupos populacionais, boa precisão e de baixo custo. Os valores em frequência relativa e absoluta, média, desvio padrão e mediana dos diferentes domínios considerando todas as participantes do estudo (n total) e apenas as idosas que realizaram atividade física de intensidade moderada e/ou vigorosa com duração mínima de dez minutos contínuos para cada domínio (n parcial) estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Resultado dos diferentes domínios que compõem o IPAQ representados por meio da frequência (n), percentual (%), média, desvio padrão (DP) e mediana da amostra total e parcial das idosas. Florianópolis, SC. 2008.

Domínios do IPAQ	n		Média ( $\pm$ DP) min/sem	Mediana (min/sem)
	Total	% Total		
AF Trabalho	234	100	6,132 ( $\pm$ 37,038)	0
AF Transporte	234	100	67,618 ( $\pm$ 75,924)	40
AF Domésticas	234	100	67,179 ( $\pm$ 95,557)	30
AF Lazer, Recreação	234	100	181,979 ( $\pm$ 124,189)	140
Tempo Sentada				
<i>Transporte</i>	234	100	156,915 ( $\pm$ 133,211) min/sem	130 min/sem
<i>Dia de Semana</i>	234	100	382,432 ( $\pm$ 128,948) min/dia	382,5 min/dia
<i>Fim de Semana</i>	234	100	461,521 ( $\pm$ 122,153) min/dia	470 min/dia
Domínios do IPAQ	n		Média ( $\pm$ DP)min/sem	Mediana (min/sem)
	Parcial	% Parcial		
AF Trabalho	15	6,4	91,84 2 ( $\pm$ 105,74)	50
AF Transporte	169	72,2	91,598 ( $\pm$ 74,908)	70
AF Domésticas	139	59,4	111,489 ( $\pm$ 101,1)	70
AF Lazer, Recreação	234	100	181,979 ( $\pm$ 124,189)	140
Tempo Sentada				
<i>Transporte</i>	227	97	161,753 ( $\pm$ 132,320) min/sem	136 min/sem
<i>Dia de Semana</i>	234	100	382,432 ( $\pm$ 128,948) min/dia	382,5 min/dia
<i>Fim de Semana</i>	234	100	461,521( $\pm$ 122,153) min/dia	470 min/dia



Considerando o total de idosas participantes do estudo, a média de atividade física habitual do grupo foi de 322,62 min/sem. O domínio no qual o dispêndio de tempo numa semana normal/usual foi maior, apresentando uma média semanal de 181,97 minutos, foi no envolvimento em atividades de lazer, recreação e exercícios físicos. Provavelmente, tal predominância ocorra em função da característica do grupo em estudo, ou seja, um grupo de convivência em que as idosas participam regularmente de atividades físicas.

Quando se analisaram os domínios separadamente, considerando somente as idosas que realizaram atividade física com duração mínima de dez minutos contínuos (n parcial), pode-se observar que a atividade física no trabalho, que inclui as atividades que as idosas executam no seu trabalho remunerado ou voluntário, é o domínio ao qual as idosas dedicam menos tempo durante uma semana normal/usual. Neste estudo, 45,72% (107) realizam algum tipo de trabalho remunerado e/ou voluntário; destas, a maioria, representada por 85,9% (92,) realiza atividades leves como pintura, costura, bordados e artesanatos em geral, enquanto 14,01% (15) se envolvem em atividades moderadas.

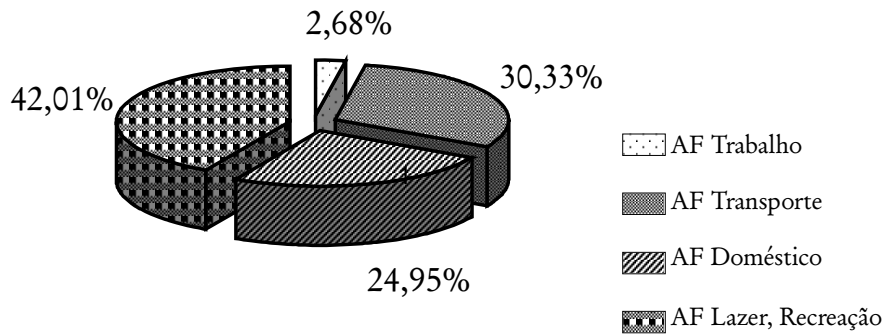
No domínio da atividade física como meio de transporte, observou-se que 27,8% não utilizam a atividade física como meio de transporte para se deslocar de um lugar para o outro, enquanto a maioria (72,2%) utiliza este meio, caminhando (97,6%) ou andando de bicicleta (2,3%) como forma de deslocamento.

Nas atividades físicas realizadas no âmbito doméstico com duração mínima de dez minutos contínuos, constatou-se que 40,6% não realizam tais atividades, enquanto 59,4% se dedicam às tarefas domésticas; destas, a maioria se envolve em atividades físicas com intensidade moderada e apenas 1,7% em intensidade vigorosa, totalizando uma média de 111,48 min/sem. e mediana de 70 min/sem.

Em relação ao domínio que considera atividades físicas de recreação, lazer, esporte e exercício físico, destaca-se que todas as idosas participam destas atividades semanalmente com duração mínima de dez minutos contínuos, totalizando um tempo médio semanal de 181,97 min, com valor da mediana igual a 140 min/sem. Destas, 47% adotaram a caminhada como exercício físico no tempo livre, atingindo uma média de 72,69 min/sem. As atividades vigorosas, mais especificamente a musculação, foram citadas por apenas 0,85% das idosas, enquanto as atividades moderadas, predominantemente a ginástica e a hidroginástica, foram realizadas por todas (100%), com duração média de 110,38 min/sem.

Ao analisarmos a frequência semanal de realização das atividades físicas de recreação, lazer, esporte e exercício físico, observou-se que a caminhada com uma frequência  $\geq 3$  dias na semana é realizada por 24,8% das idosas, enquanto 23,1% realizam a caminhada como atividade física com uma frequência  $\leq 2$  dias na semana. As atividades físicas moderadas são praticadas por 63,7% das idosas com uma predominância sobre a realização de  $\leq 2$  dias semanais, enquanto 36,3% realizam atividades físicas de intensidade moderada com uma frequência semanal  $\geq 3$  dias semanais. As atividades físicas vigorosas são realizadas por uma minoria com uma frequência semanal  $\leq 2$  dias na semana.

Ao observarmos os quatro domínios que compõem o IPAQ (figura 1), os resultados indicam que o período de tempo (min/sem) de atividades moderadas e vigorosas realizadas por pelo menos dez minutos contínuos, apresentaram uma predominância das atividades físicas de lazer e recreação (42,01%), seguidas das atividades físicas como meio de transporte (30,33%), atividades físicas no âmbito doméstico (24,95%) e em menor percentual, a realização de atividades físicas no trabalho (2,68%).



**Figura 1** - Valores em percentuais dos diferentes domínios que compõem o IPAQ, considerando os idosos que fazem mais de 10 minutos de atividades contínuas. Florianópolis, SC. 2008.

O tempo sentado é analisado pelo IPAQ como um indicativo de sedentarismo. Este domínio “tempo sentado” está relacionado ao tempo que as idosas permanecem sentadas em diferentes locais, durante a semana e no fim de semana. Também foi incluído neste domínio o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro e outros veículos de transporte. Todas as idosas deste estudo dependem tempo na posição sentada durante a semana e no fim de semana, porém durante o final de semana, a média é de 461,5 min/dia, enquanto que durante a semana a média é de 382,4 min/dia. Portanto, nos finais de semana, o tempo gasto sentado é maior do que em dias da semana, com uma diferença média de 79,0 min/dia. Quando se analisou o tempo sentado destas idosas durante o

transporte em veículos a fim de se deslocar de um lugar para o outro, constatou-se que 97% delas gastam em média 161,7 min/sem de tempo sentadas.

Nota-se, conforme tabela 2, que do tempo gasto sentado (horas) relatado pelas idosas, a maioria delas permanece de 5,01 a 10 horas sentada por dia, tanto nos dias da semana (67,1%), quanto nos finais de semana (78,2%). Esta tendência também foi observada quando analisamos juntamente o tempo sentado durante os dias da semana e os dias do final de semana (76,5%). De acordo com os relatos ao longo das entrevistas, as idosas passam a maior parte deste tempo sentado realizando trabalhos manuais, assistindo televisão ou recebendo visitas.

**Tabela 2** - Valores percentuais do tempo que as idosas permanecem sentadas (horas) durante a semana, final de semana e ambos (total). Florianópolis, SC. 2008.

Tempo (horas)	Dia da semana	Fim de semana	Total
	%	%	%
≤ 5	28,2	10,7	19,7
5,01 – 10	67,1	78,2	76,5
10,01 – 15	4,7	11,1	3,8

Para o tempo de prática, foram considerados os anos completos de participação no grupo de convivência em estudo, conforme tabela 3. De acordo com os dados da tabela 3, as idosas que fizeram parte deste estudo apresentaram um tempo médio de participação no grupo de 7,35 ( $\pm 5,34$ ) anos. Observou-se uma predominância

(35,9%) de idosas que praticam atividades físicas no grupo com uma média de 2,99 anos de prática. Pode-se constatar também que, quanto maior é a idade cronológica, maior é o tempo de prática em atividades físicas das idosas no grupo especificado, e que com o aumento da idade cronológica, as idosas tendem a diminuir o tempo semanal dedicado às atividades físicas.

**Tabela 3** - Valores em frequência, percentual, média e desvio padrão (DP) da idade e do tempo de prática (TP) das idosas classificadas de acordo com o tempo de participação no grupo de convivência. Florianópolis, SC. 2008.

Classificação	n	%	Idade média ( $\pm DP$ )anos	TP média ( $\pm DP$ )anos
Iniciante	19	8,1	66,53 ( $\pm 4,58$ )	0
1-5	84	35,9	68,67 ( $\pm 5,33$ )	2,99 ( $\pm 1,44$ )
6-10	66	28,2	70,03 ( $\pm 5,46$ )	8,06 ( $\pm 1,35$ )
11-15	41	17,5	70,63 ( $\pm 5,73$ )	12,78 ( $\pm 1,40$ )
16 - 20	24	10,3	71,50 ( $\pm 5,52$ )	17,29 ( $\pm 1,33$ )

## DISCUSSÕES

Em relação aos níveis de atividade física habitual, em estudos que avaliaram idosas residentes em Florianópolis/SC, utilizando o mesmo instrumento para mensurar o nível de atividade física (IPAQ), e adotaram os mesmos critérios para categorizá-la, foram encontrados os seguintes resultados: considerando 198 mulheres idosas com a média de idade de 73,6 anos ( $DP = 5,9$ ), participantes em 33 grupos de convivência para idosos 33,8% foram consideradas menos ativas e 66,2% mais ativas;<sup>21</sup> e num total de 875 idosos avaliados acima de 60 anos de idade, 45% das idosas do sexo feminino foram consideradas menos ativas,

enquanto 55%, mais ativas.<sup>22</sup> Portanto, as prevalências são maiores para idosos mais ativos, sendo que neste estudo o valor de prevalência foi maior (82,1%) quando comparados com os estudos anteriormente citados. Diante disso, pode-se inferir que os idosos que participam de grupos de convivência possuem, em sua maioria, bons níveis de atividade física.

Ao observarmos os diferentes domínios, constatou-se que há predominância das atividades físicas de lazer e recreação (42,01%) sobre os demais domínios. Em idosos americanos, quando nos reportamos especificamente ao lazer, no estudo realizado por Yúsut et al.,<sup>23</sup> foi verificado que 37% dos homens e 24% das mulheres eram mais ativos no lazer.

Já em estudos realizados com idosas participantes de grupos de convivência, os maiores percentuais foram encontrados para atividades físicas no âmbito doméstico. De acordo com o estudo realizado por Mazo,<sup>21</sup> a prevalência de atividades físicas no âmbito doméstico foi de 40%, enquanto no estudo de Tribess,<sup>24</sup> encontrou-se uma prevalência para este domínio de 54,6%.

Ao referir-se ao tempo sentado como um indicador de sedentarismo, observou-se em estudo realizado por Mazo,<sup>21</sup> que o tempo médio sentado no transporte para idosas que participavam de grupos de convivência em Florianópolis/SC foi de 176 min/sem, enquanto o tempo médio durante a semana foi 421 min/dia e, nos finais de semana, 472 min/dia. Tribess<sup>24</sup> encontrou que o tempo médio gasto sentado em um dia de semana foi 405 min/dia, valor inferior ao tempo despendido durante o final de semana (480 min/dia). Portanto, ambos os estudos apresentam resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo, sendo que este apresentou valores inferiores nos aspectos analisados.

No estudo realizado por Benedetti,<sup>22</sup> quando analisado o tempo sentado total, foram encontrados os maiores percentuais (58,11%) para as idosas que permaneceram um tempo de 5,01-10 horas por dia nesta posição. Portanto, o estudo de Benedetti<sup>22</sup> apresentou um percentual inferior quando comparado com o presente estudo em relação à permanência das idosas na posição sentada durante os dias da semana e dos finais de semana. De qualquer forma, o tempo que as idosas permanecem sentadas, em ambos os estudos, é relativamente alto e, segundo Lee e Skerrett,<sup>25</sup> isso pode resultar em consequências que irão repercutir para maximizar os riscos de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, agravar as condições médicas, além de contribuir para a diminuição da funcionalidade com a idade.

Quando nos reportamos ao tempo de prática, observou-se que a adesão em atividades físicas no grupo de convivência estudado, por um período de tempo longo, é pequena, e isso pode ter ocorrido em função de diversos fatores

relacionados ao envelhecimento, sobretudo pelo acometimento e pelas limitações físicas decorrentes das doenças. A aderência está relacionada à percepção da importância da atividade física, que por sua vez influencia a frequência, a duração das sessões e o tempo de adesão a atividades físicas<sup>16</sup>. Assim, a compreensão da importância da atividade física parece ser um fator de destaque que influencia os idosos na adesão a atividades físicas.

Considerando o resultado de que os idosos, com o aumento da idade cronológica, apresentam uma tendência de diminuir o tempo semanal dedicado às atividades físicas, sugere-se que a atenção em relação às estratégias de intervenção oferecidas pelos programas de atividades físicas seja voltada aos idosos com idades mais avançadas.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do estudo, no que se refere à prática de atividade física habitual realizada as idosas, em sua maioria (82,1%), foram consideradas mais ativas. A média semanal do grupo dedicado à prática de atividade física foi de 322,62 minutos/semana. Na contribuição dos diferentes domínios da atividade física no dispêndio total em minutos por semana de atividades físicas, destacam-se com maior prevalência as atividades de lazer/recreação (42,01%).

Em relação ao tempo de prática das idosas no grupo, observou-se que o tempo médio de participação foi de 7,35 ( $\pm 5,34$ ) anos. Destaca-se também que, com o aumento da idade cronológica, as idosas tendem a diminuir o tempo semanal dedicado às atividades físicas.

Além da implantação de programas de atividades físicas eficientes e direcionados a este público, principalmente para os idosos com idades mais avançadas, os programas devem ter como meta melhorar as capacidades físicas dos indivíduos e conscientizá-los sobre a importância da prática como um fator de melhoria da qualidade de vida e de adesão regular aos programas.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados com este mesmo enfoque, a fim de verificar, no longo prazo, os motivos e as principais barreiras

de adesão aos programas de atividades físicas, assim como um acompanhamento periódico dos níveis de atividades físicas desta população.

## REFERÊNCIAS

1. Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri, São Paulo: Manole; 2005.
2. Okuma SS. O idoso e a atividade física. Campinas, São Paulo: Papirus; 2002.
3. American College of Sport Medicine - ACSM. Position stand on exercise em physical activities for older adults. *Medicine and Science in Sports Exercise* 1998; 30 (6): 992-1008.
4. Organização Mundial da Saúde - OMS. Active ageing. A policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid (Spain); 2002.
5. Shephard, RJ. Exercício e envelhecimento. *Rev. Bras Ciênc Moviment* 1991; 5(4): 49-56.
6. Paffenbarger RS. Some interrelations of physical activity, physiological fitness, health, and longevity. In: C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (orgs) physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement Champaign: Human Kinetics Publishers 1994. p.119-133.
7. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35: 1894-900.
8. Barros MV, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35: 554-63.
9. Feskanich D, Willett W, Colditz G. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288 (18): 2300-2306.
10. Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1987; 35: 644-648.
11. Mitnitski, AB., Graham, JJ, Mogilner, AE & Rockwood, K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatrics* 2002; 2: 1-8.
12. Nnodim JO & Alexander NB Assessing falls in older adults: A comprehensive fall evaluation to reduce fall risk in older adults. *Geriatrics* 2005; 60(10): 24-28.
13. Going S, Williams D, Lohman T. Aging and body composition: biological changes and methodological issues. *Exercise Sport Science Reviews* 1995; 23: 411-449.
14. Rexrode KM, Buring JE, Manson JE. Abdominal and total adiposity and risk of coronary heart disease in men. *International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders* 2001; 25(7): 1047-1056.
15. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev. bras. ciênc moviment* 2004; 12(1): 25-34.
16. Alonso DO, Santos NB, Junior, AJF. The Meaning of Physical Activity for the Elderly: Implications on Adherence. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2006; 38 (5): 42-50.
17. Thomas JR, Nelson JK Métodos de pesquisa em atividade física. Porto Alegre: Artemed; 2002.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2002; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.pdf>. [Acesso: 14 de Out. 2008].
19. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal American Medical Association* 1995; 273 (5): 402-407.
20. Caspersen, CJ., Powell, KE & Christenson, GM (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*; 100(2): 126-131.
21. Mazo GZ. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. [Tese de Doutorado]. Portugal: Universidade do Porto, Faculdade de Ciências de Desportos e de Educação Física; 2003.
22. Benedetti, TB. Atividade física: uma perspectiva de promoção da saúde do idoso no Município

- de Florianópolis. [Tese de Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
23. Yusut HR, Croft JB, Giles WA, Anda RF, Casper ML, Caspersen CJ, Jones DA. Leisure-time physical activity among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 1996; 156: 1321-1326.
  24. Tribess, S. Percepção da imagem corporal e fatores relacionados à saúde em idosas. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
  25. Lee, I-Min & Skerrett, PJ. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2001; 33 (6):459-471.

Recebido: 30/6/2009

Revisado: 07/7/2010

Aprovado: 30/7/2010

# Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG

*Comparison of quality of life among elderly that participate and do not participate of senior conviviality groups in the city of Itabira-MG, Brazil*

Edelves Alves de Almeida<sup>1</sup>  
Gleison Dias Madeira<sup>1</sup>  
Paula Maria Machado Arantes<sup>1,2</sup>  
Mariana Asmar Alencar<sup>2</sup>

## Resumo

Com o aumento no número de idosos no Brasil e no mundo, torna-se preocupante a qualidade de vida dos idosos acima de 60 anos. Diante disto, uma forma que se existe atualmente para que o idoso tente melhorar sua qualidade de vida é sua participação em grupos de convivência. *Objetivos:* Avaliar a qualidade de vida e a presença de transtorno depressivo entre idosos participantes e não participantes em grupos de convivência. *Métodos:* A amostra foi composta por 30 idosos que participam de grupos de convivência (66,73±5,82 anos) e 30 idosos que não participam de grupo de convivência (66,70±5,70 anos). Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário genérico *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* e para rastrear a presença de transtorno depressivo utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica. Para verificar a normalidade entre os grupos, foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*. O teste *t-Student* e o teste *Mann-Whitney U* para amostras independentes foram utilizados para realizar a comparação entre os grupos. O nível de significância foi mantido em 0,05 para todas as análises. *Resultados:* Foi encontrada diferença estatisticamente significativa nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. *Conclusões:* Os resultados sugerem que os idosos que participam de grupos de convivência apresentam melhor qualidade de vida e menor ocorrência de depressão quando comparados a idosos que não participam de grupos de terceira idade.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Idosos. Grupos de Convivência. SF-36. GDS.

## Abstract

With the increase in the number of elderly people in Brazil and abroad, the quality of life of elderly over 60 years is worrisome. So, a way that can help the elderly try to improve their quality of life is their participation in conviviality groups. *Objective:* The purpose of this study is to assess the quality of life and the presence of depressive disorder among elderly participants and non participants in conviviality groups. *Methodology:* The sample consisted of 30 elderly involved conviviality groups (66,73±5,82 years) and 30 elderly people who do not participate in a group of

<sup>1</sup> Fundação Comunitária de Ensino Superior de Itabira. Curso de Fisioterapia. Itabira, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência / Correspondence

Edelves Alves de Almeida  
E-mail: dellemi@valenet.com.br

coexistence (66,70+5,70 years). To assess the quality of life questionnaire it was used the generic SF-36, and to trace the presence of depressive disorder, it was used the GDS. To check the normality between the groups, it was used the Shapiro-Wilk test. The test for independent samples t-Student and the Mann-Whitney U test were used to perform the comparison between groups. The level of significance was maintained at 0.05 for all tests. *Results:* It was found a statistically significant difference in the functional capacity, general health, vitality and social aspects. *Conclusions:* The results suggest that older people that participate in conviviality groups have a better quality of life and lower incidence of depression when compared to older people who do not participate in a senior conviviality group.

**Key words:** Quality of Life. The Elderly. Groups of Living. SF-36. GDS.

## INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas e suas complicações, como a perda da autonomia e independência funcional, sendo um desafio para a sociedade e o sistema de saúde<sup>1-4</sup>. Para Gordilho et al.<sup>5</sup>, a maioria das doenças crônicas que acometem o idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Referem-se a doenças crônicas – como câncer, diabetes, hipertensão arterial, doença coronariana e cerebrovascular, Parkinson e outros problemas do sistema nervoso, hepatite, artrites crônicas e doenças respiratórias – ou a consequências crônicas de doenças ou agravos agudos, como problemas neurológicos pós-traumáticos, transplantes, e medicamentos de uso prolongado<sup>5-7</sup>. Uma vez presente, a doença crônica está associada à piora da qualidade de vida<sup>8,9</sup>.

Além das doenças crônicas, a inatividade, o aumento da dependência em executar as AVDs e a falta de perspectivas na aposentadoria podem desencadear um alto nível de ansiedade e depressão<sup>10</sup>, comprometendo a qualidade de vida dos idosos<sup>11</sup>. Assim, é de extrema importância que sejam desenvolvidas estratégias que garantam aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, satisfação pessoal e qualidade de vida<sup>12</sup>.

A qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde<sup>13</sup> como “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”<sup>14</sup>. É um conceito subjetivo dependente do nível

sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com as atividades diárias e o meio em que o indivíduo está inserido<sup>15-18</sup>.

Frutuoso<sup>19</sup> relata que muitos estudos enfocam um aumento na qualidade de vida e da longevidade em idosos que mantêm uma vida social intensa, sugerindo que relacionamentos sociais são fatores importantes para o bem-estar físico e mental na velhice. A ideia de formar grupos de idosos está se propagando em todas as regiões do país<sup>20</sup>. Interagir socialmente, sobretudo com amigos da mesma geração<sup>21</sup>, possibilita ao idoso construir novos laços de relação<sup>22</sup> e favorece o bem-estar físico, psicológico e social dos idosos<sup>21</sup>. As deficiências em habilidades sociais parecem constituir um fator de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão em indivíduos da terceira idade<sup>23</sup>.

Segundo Capitanini<sup>24</sup>, embora a solidão se torne uma ocorrência mais possível na velhice, pode-se envelhecer sem solidão ou isolamento. Quanto mais atuantes e integrados em seu meio social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde<sup>25</sup>. As pessoas que têm maior contato social vivem mais e com melhor saúde quando comparadas às pessoas com menor contato social<sup>26</sup>. A pobreza de relações sociais tem sido considerada um fator de risco à saúde, tão danoso quanto o fumo, a pressão arterial elevada,



a obesidade e a ausência de atividade física<sup>15</sup>. Parece que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, para conquistar e manter redes de apoio social e, conseqüentemente, garantir melhor qualidade de vida<sup>27</sup>.

Embora a literatura enfatize a importância da manutenção da qualidade de vida do idoso e das medidas disponíveis para contribuir para a melhora desta, são escassos os estudos que investigam a qualidade de vida em grupos de convivência. São escassos também estudos que avaliem a relação entre a presença de depressão e a participação dos idosos nesses grupos de convivência. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e a presença de depressão em idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra do grupo 1 (G1) consistiu de 30 idosos (23 do sexo feminino e 7 do sexo masculino), que frequentavam quatro grupos de convivência do Projeto Vida Ativa na cidade de Itabira. Esses grupos de convivência estavam cadastrados na Secretaria Municipal de Esporte e Lazer da cidade de Itabira, Minas Gerais. A amostra do grupo 2 (G2) consistiu de 30 idosos (17 do sexo feminino e 13 do sexo masculino). Para determinação do número de participantes, foi realizado cálculo de tamanho da amostra considerando  $\alpha = 0,05$  e poder estatístico de 80%.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, viver na comunidade e ser sedentário de acordo com os critérios do *American College of Sports Medicine*<sup>28</sup>. Para fazer parte do grupo G1, os idosos deveriam frequentar o grupo de convivência há mais de seis meses. Para ser incluído no grupo G2 o idoso não poderia fazer parte de nenhum grupo de convivência. Foram critérios para exclusão do estudo: presença de déficit cognitivo que comprometia a compreensão dos testes, doenças neurológicas e ser cadeirante.

Os participantes dos dois grupos foram pareados pela idade de acordo com grupos etários com intervalos de três anos.

### Instrumentação

Uma Ficha de Avaliação Inicial foi utilizada para a obtenção de dados pessoais referentes à amostra estudada como idade, sexo, escolaridade, dados de saúde atuais, medicamento em uso, situação ocupacional, composição familiar, tempo de frequência e grau de satisfação com o Núcleo (G1).

O protocolo do estudo constou de uma entrevista com aplicação do SF-36 e Escala de Depressão Geriátrica.

O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. É formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde<sup>8,29</sup>.

Para a triagem de um possível transtorno depressivo, foi utilizado o instrumento Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão simplificada com 15 perguntas, recomendada pela Organização Mundial de Saúde – CID-10<sup>13,30</sup>. Nesta escala, as respostas são classificadas em sim ou não, sendo o escore total o somatório das respostas assinaladas nos 15 itens. Uma pontuação

acima de cinco de pontos indica possível transtorno depressivo. Este ponto de corte produziu índices de sensibilidade de 85,4% e de especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com a CID-10<sup>31</sup> e de 90,9% e 64,5%, respectivamente, de acordo com os critérios da DSM-IV<sup>32</sup>. A versão utilizada foi adaptada por Yesavage et al.<sup>33</sup>, sendo considerada uma medida válida e confiável para uso em amostra brasileira<sup>34,35</sup>.

## Procedimento

Cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre os objetivos da pesquisa e o compromisso com o sigilo a respeito da identidade dos participantes. Os voluntários que concordaram em participar do estudo o assinaram. Todos receberam cópia do formulário.

Os voluntários do G1 foram orientados a comparecerem a um local reservado no próprio ambiente do grupo de convivência, onde receberam uma explicação mais detalhada sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e o sigilo a respeito da sua identidade.

O recrutamento do G2 foi feito através de contato informal com pessoas que conheciam algum idoso nestas condições. Os indivíduos receberam a mesma explicação, mas esta foi realizada em seus próprios domicílios, com data e hora marcadas pelo voluntário.

As entrevistas foram realizadas de forma individual e com duração de aproximadamente 40 minutos. Inicialmente foram coletadas informações sobre os aspectos clínicos e demográficos. Em seguida, foram aplicados os instrumentos SF-36 e a escala GDS. A aplicação

foi realizada por dois examinadores. Os examinadores receberam um treinamento prévio para a aplicação dos instrumentos e foi realizada análise de confiabilidade interexaminadores para todos os instrumentos aplicados. A confiabilidade no estudo-piloto variou de boa a excelente (ICC = 0,82 a ICC = 0,92;  $p < 0,05$ )<sup>36</sup>.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), Parecer nº 0350/08.

## Análise estatística

Para a análise estatística, foi utilizado o programa SPSS (versão 14.0 para Windows). Foi realizada análise descritiva de todos os dados coletados. Para verificar a normalidade da distribuição dos dados, foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*. O teste *t-Student* para amostras independentes foi utilizado para comparação do desfecho vitalidade entre os grupos, uma vez que este foi o único desfecho que apresentou distribuição normal. Para os demais desfechos, foi utilizado o teste *Mann-Whitney U* para realizar as comparações entre os grupos. Para a comparação das variáveis categóricas, foram utilizados o teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher. Em todas as análises, o nível de significância foi mantido em 0,05.

## RESULTADOS

Os voluntários do grupo G1 tiveram média de idade  $66,73 \pm 5,82$ , e os do grupo G2,  $66,70 \pm 5,70$ , não havendo diferença significativa entre os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, ao se comparar os demais aspectos demográficos e clínicos coletados. Estas características estão descritas na tabela 1.

**Tabela 1** - Estatística descritiva dos dados demográficos e clínicos dos participantes com valores expressos em média, desvio-padrão e ocorrência. Itabira, MG, 2008.

Variável	Média (DP)		P
	G1 n=30	G2 n=30	
Idade (anos)	66,73 (5,82)	66,70 (5,70)	0,970
Número de medicamentos	2,27 (1,53)	3,27 (3,41)	0,242
Alterações circulatórias	11 (37%)	12 (40%)	0,791
Alterações ortopédicas	7 (24%)	11 (36%)	0,258
Alterações musculares	1 (3%)	2 (6%)	0,550
Diabetes	2 (7%)	3 (10%)	0,639
Alterações visuais	27 (90%)	25 (84%)	0,706
Alterações pulmonares	2 (6%)	2 (6%)	1
Alterações auditivas	4 (13%)	5 (16%)	1
Vertigens, tonturas	7 (23%)	7 (23%)	1
Quedas	5 (16%)	6 (20%)	1

n = número de indivíduos

Os resultados descritivos por domínio do SF-36 e GDS podem ser observados na tabela 2. Pode-se observar que o grupo G1 apresentou médias superiores às do grupo G2 para todos dos domínios

do SF-36, alcançando significância estatística nos domínios capacidade funcional ( $p = 0,000$ ), estado geral de saúde ( $p = 0,004$ ), vitalidade ( $p = 0,014$ ), aspectos sociais ( $p = 0,005$ ) e saúde mental ( $p = 0,035$ ).

**Tabela 2** - Comparação dos escores das dimensões do questionário do SF-36 e do GDS com valores expressos em média e desvio-padrão. Itabira, MG, 2008.

Variável	Média (DP)		P
	G1 n=30	G2 n=30	
Capacidade Funcional	88,67 (11,44)	65,67 (23,37)	0,000
Aspecto Físico	77,50 (32,40)	67,50 (36,64)	0,273
Dor	65,80 (22,25)	60,13 (27,88)	0,469
Estado Geral de Saúde	81,12 (15,12)	66,82 (21,50)	0,004
Vitalidade	75,50 (15,67)	63,40 (20,88)	0,014
Aspectos Sociais	88,33 (13,90)	68,92 (28,32)	0,005
Aspectos Emocionais	79,99 (36,73)	66,65 (44,64)	0,221
Saúde Mental	80,60 (16,63)	69,73 (20,63)	0,035
GDS	13,60 (1,89)	11,40 (2,84)	0,000

DP = desvio padrão; n = número de indivíduos.

Diferença estatisticamente significativa também foi encontrada na comparação dos escores da GDS entre os grupos G1 e G2 ( $p = 0,000$ ). Houve diferença significativa também no número de indivíduos com suspeita de possíveis transtornos depressivos em cada grupo ( $p = 0,005$ ), 3,3% no G1 e 33,3% no G2.

## DISCUSSÃO

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que envolve aspectos físicos, sociais e emocionais<sup>37</sup>. Sendo assim, vários estudos têm sido realizados com a finalidade de verificar a QV de diferentes populações em diferentes estágios de suas vidas<sup>38</sup>, tendo grande importância científica e social<sup>14</sup>.

Neste estudo, foi realizada uma comparação da qualidade de vida e depressão entre indivíduos que frequentam grupos de convivência e indivíduos, pareados pela idade, que não frequentam estes grupos.

Os resultados da análise dos aspectos demográficos e clínicos encontrados neste estudo demonstraram que os dois grupos avaliados são estatisticamente semelhantes em relação a estas variáveis. Esta similaridade é importante para permitir a comparação da QV entre os grupos, aumentando a validade interna do estudo.

Os resultados deste estudo demonstraram haver diferença significativa na qualidade de vida entre idosos que participam de grupos de convivência na cidade de Itabira e idosos da mesma idade que não participam destes grupos. Os idosos que participavam de grupos de convivência apresentaram maiores valores nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental, avaliados pelo instrumento SF-36, sugerindo que a participação nestes grupos pode ser benéfica para estes aspectos da qualidade de vida.

Um dos principais fatores que podem ter influenciado nesta melhor QV apresentada pelos idosos que participam de grupos de convivência

é a socialização. Masuchi & Kishi<sup>39</sup> relataram que a socialização é um fator muito importante na determinação da qualidade de vida do idoso. Neri<sup>21</sup> afirma que a manutenção de relações sociais com amigos da mesma geração favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos.

Os idosos que participavam de grupos de convivência parecem não apresentar apenas melhor qualidade de vida em relação aos domínios do componente mental. Eles apresentaram também melhor qualidade de vida em relação ao seu componente físico, uma vez que relataram melhor estado geral de saúde e capacidade funcional comparados aos idosos que não participavam de grupos de convivência. Para Rosa et al.<sup>40</sup>, a capacidade funcional pode ser conceituada como grau de preservação do desempenho mantido para desenvolver determinadas atividades do dia a dia ou atitudes. A piora da capacidade funcional está associada a perda de autonomia, dependência e transferência do idoso para uma Instituição de Longa Permanência. Ramos<sup>41</sup> destaca a importância da avaliação da capacidade funcional como um novo padrão da saúde pública frente ao envelhecimento da população. Sugere-se, assim, que a capacidade funcional constitui importante indicador de bem-estar da população estudada, colaborando para uma melhor independência e autonomia. Santos et al.<sup>16</sup> asseguram que a qualidade de vida do idoso pode estar relacionada à capacidade funcional.

Através do presente estudo, verificaram-se maiores valores nos domínios aspectos físicos, dor e aspectos emocionais do G1, quando comparado ao G2, porém não tendo demonstrado diferença estatisticamente significativa. Assim, parece que outros fatores além da socialização promovida pelo grupo influenciam nestes aspectos da qualidade de vida. Isto está de acordo com a maior variabilidade encontrada entre os participantes, tanto do grupo G1, quanto do grupo G2, em relação a estes aspectos, quando comparados aos outros aspectos da qualidade de vida.

É possível também que esses aspectos da qualidade de vida não sejam tão responsivos a este tipo de atividade quanto as outras dimensões da

qualidade de vida. Em concordância com este resultado, outro estudo mostra que, ao avaliar a qualidade de vida em indivíduos que praticam atividade física, estes três domínios foram os que apresentaram maior variabilidade entre todos os domínios do SF-36 e também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a alguns destes domínios.<sup>1</sup>

De acordo com os resultados da pontuação da GDS, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. No G1, 3,3% apresentaram suspeita de transtorno depressivo, enquanto esta prevalência no G2 foi de 33,3%, alcançando seis pontos ou mais. Dessa forma, o estudo sugere que há menor prevalência de depressão nos idosos que frequentam grupos de convivência. Estes dados corroboram com o estudo de Baptista et al.<sup>42</sup>, no qual os resultados apontam que quanto maior o número de atividades sociais praticadas pelos indivíduos, menores os escores de depressão. Vários estudos mostram que a ausência de relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional podem estar ligados à presença de fatores emocionais, como a depressão.

A socialização promovida pela participação no grupo de convivência pode ser uma explicação para a menor frequência de indivíduos com depressão encontrada neste grupo. Este resultado está de acordo com o estudo de Demura & Sato<sup>43</sup>, no qual foram avaliados a sintomatologia depressiva, estilo e qualidade de vida em um grupo de 1.302 idosos de ambos os sexos. De acordo com esse estudo, há uma correlação negativa entre a participação em atividades sociais e o número de amigos que os idosos relatavam ter com os sintomas de depressão, isto é, quanto mais amigos e mais atividades sociais, menor a sintomatologia depressiva.

Segundo Chacra<sup>44</sup>, os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir maior autonomia, melhora sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promove sua inclusão social. O isolamento social pode desencadear consequências no comportamento psicossocial, como medo, ansiedade e depressão. Areosa &

Ohlweiler<sup>45</sup> afirmam que a inserção nos grupos de convivência, causa satisfação pessoal, aumento de relacionamentos e o reconhecimento do outro diante do grupo. Em conformidade com este estudo, todos os participantes do G1 afirmam ter 100% de satisfação com o grupo.

Este foi o primeiro estudo encontrado que comparou a qualidade de vida e depressão entre idosos que participam de grupos de convivência e idosos que não participam destes grupos, controlando as variáveis clínicas e demográficas que podem influenciar nestes desfechos. De acordo com este estudo, idosos que participam de grupos de convivência apresentam melhor QV e menor ocorrência de depressão. Sendo assim, são necessários mais estudos que investiguem a qualidade de vida dos idosos em grupos de convivência com delineamento longitudinal e prospectivo, de forma que possam investigar se existe relação causal entre a participação dos idosos nesses grupos e melhora na qualidade de vida e depressão após o seu ingresso no grupo.

## CONCLUSÃO

No presente estudo pode-se concluir, através dos resultados apontados, que os participantes do Projeto Vida Ativa apresentam melhor qualidade de vida e menor ocorrência de depressão, em comparação a idosos da mesma idade que não participam de grupos de convivência. Desta forma, a criação de grupos de convivência para a terceira idade deve ser difundida e implantada, a fim de contribuir para uma vida com mais autonomia e independência funcional refletindo na melhoria na qualidade de vida e melhor condição emocional durante o envelhecimento.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos idosos que aceitaram participar deste estudo, à Secretaria Municipal de Esporte e Lazer que permitiu a nossa presença nos grupos de convivência e a todos que de forma satisfatória participaram na elaboração e conclusão deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, *et al.* Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:37.
2. Fernandes MGM, Gonçalves MCR, Costa GMC, *et al.* O Programa de Atenção à Saúde do Idoso em João Pessoa – PB: realidade e possibilidades. *Conc. João Pessoa* 2002; 5(7):146-54.
3. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública* 2005, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev.
4. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar-abr.
5. Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atuação integral ao idoso. *Bahia Análise & Dados* 2001; 10(4):138-53.
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciêns.Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 7-18.
7. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev. Saúde Pública* 2002, v.36 n.2 São Paulo abr.
8. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1998; 39:143-50.
9. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38:443-64.
10. Bulsing FL, Oliveira KF, Rosa LMK, *et al.* A influência dos grupos de convivência sobre a auto-estima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul – RS. *RBCEH* 2007, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 11-17, jan./jun.
11. França L. Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In: Veras R, organizador. *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição.* Rio de Janeiro: Relume Dumará/UNATI; 1999. p. 11-34.
12. Joia LC, Ruiz T, Donalizio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):131-8.
13. OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília/; Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
14. 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.
15. Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, *et al.* Let’s ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* 2003; 56(4): 269-306.
16. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, *et al.* Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan’s Scale. *Rev Latino Am Enfermagem* 2002; 10(6): 757-64.
17. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente, JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(3): 246-52.
18. Velarde JE, Avila FC. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública Méx* 2002; 44(4): 349-61.
19. Frutuoso D. A terceira idade na universidade. Rio de Janeiro, RJ: Ágora da Ilha, 1999.
20. CNBB. Vida, dignidade e esperança. Fraternidade e pessoas idosas. Campanha da Fraternidade. Texto Base CF 2003. São Paulo: Editora Salesiana; 2002.
21. Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-Estar do cuidador. In A. L. Neri (Ed.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* (pp. 9-62). Campinas, SP: Alínea. 2001.
22. Monteiro, PP. Envelhecer: histórias, encontros, transformações. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
23. Carneiro RS, Falcone E, Clarka Del Pretteb, *et al.* Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007, 20 (2), 229-237.
24. Capitanini MES. Solidão na velhice: realidade ou mito? Em A.L. Neri & S.A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 69-89) 2000. Campinas: Papirus.
25. Freire SA. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em A.L. Neri & S.A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). 2000, Campinas: Papirus.

26. Dressler WW, Balieiro MC, Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1997, 21, 303-335.
27. Gray GR, Ventis DG, Hayslip B. Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *International Journal of Aging and Human Development* 1992, 35(3), 205-218.
28. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, *et al.* Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*. 2007.
29. Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em Hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 245-9.
30. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-psiquiatr*. 1999;57:421-6.
31. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4 Ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
33. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, *et al.* Development and validation depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-1983;17(1):37-49.
34. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Oct;14(10):858-65.
35. Irigaray TQ, Schneider RH. Características de personalidade e depressão em idosos da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS). *Rev Psiquiatr RS*. 2007;29(2).
36. Portney LG; Watkins MP. Reliability. In: Portney LG; Watkins MP. *Foundations of clinical research applications to practice*. New Jersey: Prentice-Hall; 2000. p.61-75.
37. Lemos MCD, *et al.* Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. *Rev Bras Reumatol* 2006, v. 46, n.5, p. 323-328, set/out.
38. Quadros TMB, Vilela Junior GB, Gordia AP, *et al.* Qualidade de vida de acadêmicos do curso de educação física do sexo masculino. *Revista Científica JOPEF* 2006, 1(4): 51-54.
39. Masuchi A, Kishi R. A review of epidemiological studies on the relationship of social networks and support to depressive symptoms in the elderly. *Jpn J Public Health* 2001, 48: 435-448.
40. Rosa TEC, *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003, v. 37, n. 1, p. 40-48.
41. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo, *Cad Saúde Pública* 2003, Rio de Janeiro, v. 19, n. 13, p. 793-798.
42. Baptista MN, *et al.* Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, 2006, 5(1), pp. 77-85.
43. Demura S, Sato S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci* 2003, 22(3),159-166.
44. Chacra FC. Empatia e comunicação na relação médicopaciente: uma semiologia autopoietica do vínculo. [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciência Médicas/UNICAMP; 2002.
45. Areosa SVC, Ohlweiler ZNC. *Redes*, Unisc, v. 5, n. 1, p. 179-187, 2000.

Recebido: 02/12/2008

Revisado: 04/8/2009

Aprovado: 07/12/2009





# Percepção de fala em idosos: análise dos erros

*Speech perception in the elderly: errors analysis*

Lucila Leal Calais<sup>1</sup>  
Iêda Chaves Pacheco Russo<sup>2</sup>  
Alda Christina Lopes de Carvalho Borges<sup>1</sup>

## Resumo

*Objetivo:* analisar os erros apresentados em um teste de fala na presença de ruído competitivo de idosos. *Método:* foi realizado estudo retrospectivo com levantamento de dados de prontuário de 55 idosos divididos em grupo controle (GC) e grupo estudo (GE), considerando os testes Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) e Fala com Ruído (F/R). *Resultado:* as trocas articulatórias foram mais frequentes no GE e no teste F/R. De maneira geral, ocorreram mais omissões de fonemas na posição inicial (/p/ e /b/) e final (/s/) dos vocábulos, principalmente com o ruído. Houve omissões de vocábulos somente no GE. Os vocábulos mais trocados no GC foram “rir”, “dil”, “lhe”, “faz” e “rol”, e no GE, “rir”, “dil”, “lhe”, “faz”, “pus” e “rol”. *Conclusão:* a presença de limiares tonais normais não impediu que ocorressem erros no reconhecimento de fala e o ruído interferiu negativamente neste reconhecimento, principalmente no idoso com perda auditiva. Os fonemas /p/, /b/ e /s/ foram os mais frequentemente omitidos, principalmente na presença do ruído competitivo. Os vocábulos “rir”, “dil”, “lhe”, “faz” e “rol” foram os mais trocados para os grupos avaliados, sobretudo na presença do ruído.

**Palavras-chave:** Idoso.  
Percepção Auditiva. Testes de Discriminação da Fala.  
Presbiacusia.

## Abstract

*Objective:* To analyze the errors made in a speech test in the presence of background noise for the elderly. *Method:* We performed a retrospective study with data collected from medical records of 55 elderly patients divided into control group (CG) and study group (SG), considering the tests Percentage Index of Speech Recognition (PISR) and Speech in Noise (S/R). *Result:* articulatory exchanges were more frequent test in the SG and in the /R test. Overall, there were more omissions of phonemes in initial position (/p/ and /b/) and final (/s/) of words, especially with the noise. There were omissions of words only in the SG. The words more exchanged in the CG were “rir”, “dil”, “lhe”, “faz” and “rol”, and in the SG, “rir”, “dil”, “lhe”, “faz”, “pus” and “rol”. *Conclusion:* the presence of normal pure tone thresholds did not

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo. Curso de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Departamento de Clínica Fonoaudiológica. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Lucila Leal Calais  
E-mail: calais@ig.com.br

prevent errors that occur in speech recognition and noise interfered negatively in this recognition, especially in the elderly with hearing loss. The phonemes / p /, / b / and / s / were most frequently omitted, especially in the presence of noise. The words “rir”, “dil”, “lhe”, “faz” and “rol” were the most confused in the groups, mainly in the presence of noise.

**Keywords:** Aged, Auditory perception, Speech discrimination tests, Presbycusis.

## INTRODUÇÃO

A população de idosos está aumentando de maneira considerável<sup>1</sup>, e tem resultado numa maior frequência de estudos envolvendo o processo de envelhecimento e os problemas enfrentados pelos idosos. Desta forma, os resultados obtidos e as reflexões geradas por estes estudos permitirão formular propostas que solucionem os problemas de saúde desta população ou minimizem as dificuldades para uma melhora da qualidade de vida.

É de conhecimento geral que o envelhecimento acarreta a deterioração de várias funções do organismo e, dentre eles, a função auditiva. O termo “presbiacusia” surge então para definir a perda auditiva decorrente do envelhecimento do órgão auditivo.

A presbiacusia é descrita como uma perda auditiva bilateral para sons de alta frequência, geralmente acompanhada por uma perda desproporcional do reconhecimento da fala, sem história prévia de doença sistêmica ou auditiva severa, com início gradual e curso progressivo<sup>2</sup>.

A perda auditiva é um dos problemas crônicos mais frequentemente encontrados nos idosos e tende a aumentar com a idade, acometendo 33% daqueles entre 65 e 74 anos, 45% das pessoas entre 75 e 84 anos e 62% das pessoas acima de 85 anos de idade<sup>3</sup>.

Para o idoso, a audição e seu funcionamento adequado têm papel fundamental para que ele possa se comunicar com os que estão a sua volta, se expressando e compreendendo o que lhe é dito e, assim, exercendo um papel ativo na sociedade.

A importância do funcionamento auditivo na vida do idoso é revelada na entrevista realizada na

rotina clínica, quando é relatada a queixa auditiva, mais especificamente quanto à compreensão da linguagem falada, sobretudo em situações nas quais há ruído no ambiente, fato já relatado em outros estudos<sup>2,4-6</sup>.

Diante da importância da função auditiva e das queixas apresentadas por esta população, faz-se necessária a avaliação deste órgão e, de preferência, com o uso de estímulos de fala com a presença de um estímulo competitivo, esta seria uma maneira mais real de avaliar a audição, refletindo e melhor documentando as possíveis dificuldades apresentadas pelos idosos no dia a dia<sup>7-10</sup>.

Vários estudos têm refletido sobre este tema ou demonstrado os efeitos prejudiciais do ruído na percepção da fala<sup>9,11-15</sup>. Entretanto, somente apresentam as pontuações dos erros no reconhecimento de fala, sendo os mesmos tratados com equivalência. A análise mais detalhada dos erros, acertos e omissões apresentados nos testes de reconhecimento de fala é pouco frequente na literatura, e, como observado em um estudo anterior<sup>16</sup>, perde-se um valioso material para compreendermos de maneira mais detalhada os aspectos envolvidos na percepção da fala, bem como a escolha de parâmetros na prescrição de características acústicas no processo de indicação e adaptação de próteses auditivas. Além disso, informações qualitativas sobre os erros cometidos poderiam servir para melhor orientar o sujeito idoso na reabilitação auditiva. Os estudos localizados foram os de Martini et al.<sup>17</sup>, que não utilizaram um ruído competitivo, e os de Schochat<sup>11</sup> e Shrivastav et al.<sup>18</sup>, que fizeram uso de um estímulo competitivo juntamente com o material de fala. No estudo de Martini, foram revelados índices para trocas classificadas como completa distorção e de acordo com a categoria do fonema. Já o estudo de Schochat<sup>11</sup> exemplificou

as trocas ocorridas com maior significância e, na pesquisa de Shrivastav et al.<sup>18</sup>, há o relato quanto ao desempenho na tarefa de identificação do modo de articulação dos fonemas.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar qualitativa e quantitativamente os erros apresentados em um teste de fala na presença de ruído competitivo de idosos.

## MÉTODO

### Casuística

Foi realizado estudo retrospectivo com o levantamento de dados de prontuário dos pacientes atendidos no Ambulatório da Disciplina de Distúrbios da Audição, do Departamento de Fonoaudiologia da UNIFESP, no período de setembro de 2004 a agosto de 2005. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sob número 1784/07.

Os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo deste estudo e convidados a participar do mesmo, o qual foi iniciado após a concordância e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram respeitados todos os princípios éticos contidos na Resolução nº 196/96<sup>19</sup> sobre ética em pesquisa com seres humanos e as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos os seguintes itens: (a) idade mínima de 60 anos; (b) apresentar limiares audiométricos de 250Hz a 8kHz dentro dos padrões de normalidade (até 25 dBNA); (c) apresentar audiometria de configuração descendente e simétrica conforme a seguinte descrição: limiar tonal abaixo de 30dB no mínimo nas frequências de 6kHz e 8kHz, caracterizando o início da perda auditiva pelo envelhecimento; limiar tonal médio das frequências de 500Hz, 1kHz, e 2kHz até 60dB, devido à intensidade máxima permitida pelo audiômetro para a realização dos testes de reconhecimento de fala sem e com ruído

competitivo; (d) curva timpanométrica do tipo A (classificação segundo Jerger, 1970)<sup>20</sup>.

A casuística foi constituída de 55 indivíduos, sendo 49 (89,1%) do grupo estudo (GE) e 6 (10,9%) do grupo controle (GC). Todos os indivíduos eram idosos, com idade a partir de 60 anos, conforme estabelecido pela Lei nº 10.741/03<sup>21</sup>.

O GE foi composto de 43 mulheres (87,76%) e seis homens (12,24%) com idade mínima de 61 anos e máxima de 87 (média de 72,41 anos). Os indivíduos deste grupo apresentaram curva timpanométrica do tipo A<sup>21</sup>, perda auditiva neurosensorial simétrica descendente com limiar tonal abaixo de 30 dB, no mínimo, nas frequências de 6 kHz e 8 kHz e limite máximo de 60 dB de limiar tonal médio das frequências de 500 Hz, 1 kHz e 2 kHz.

O GC foi composto de seis mulheres com idade mínima de 60 anos e máxima de 72 (média de 65 anos). As idosas deste grupo também apresentaram curva timpanométrica do tipo A, mas os limiares audiométricos de 250 Hz a 8 kHz estavam dentro dos padrões de normalidade (até 25 dB NA).

Foram excluídos do estudo os pacientes com quadros de alteração neurológica, com realização prévia de cirurgia otológica, exposição a ruído ocupacional, ingestão de medicação ototóxica e histórico de traumatismo craniano.

### Procedimento

Neste trabalho foram analisados os seguintes dados dos prontuários dos pacientes:

- Dados de identificação: idade e sexo;
- Número de trocas e omissões apresentadas no Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) (anexo 1), bem como a descrição das mesmas para cada uma das orelhas;
- Número de trocas e omissões apresentadas no teste Fala com Ruído (F/R) (anexo 1), bem como a descrição das mesmas para cada uma das orelhas.

Os testes dos casos analisados foram realizados em cabina acústica, sendo utilizados os audiômetros de dois canais GSI-64 e ORBITER-MADSEN 922, com fones supra-aurais TDH-39 adaptados ao coxim MX-41, devidamente calibrados, de acordo com a norma ISO 8253-1, 1989<sup>22</sup>.

O Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF) e o teste Fala com Ruído (F/R) foram realizados com o auxílio do CD *player* da marca Toshiba modelo CDP 4147, acoplado ao audiômetro. Utilizou-se a segunda faixa do CD (volume 1) que acompanha o livro de Processamento Auditivo Central - Manual de Avaliação<sup>7</sup>, sendo acrescido ruído competitivo ipsilateral, do tipo *Speech Noise* no teste F/R. A relação sinal/ruído utilizada foi de +5 dB. Primeiramente, aplicou-se o teste na orelha direita e depois na orelha esquerda, sendo registrado o número total de vocábulos repetidos corretamente em cada um dos testes e, no caso de erro, a pesquisadora descreveu o que o sujeito informou ter compreendido.

Quanto à análise estatística, neste trabalho foi utilizado o teste não paramétrico Teste de Igualdade de Duas Proporções. O nível de significância adotado foi de 0,05 (5%).

Foi realizada uma análise qualitativa dos acertos, erros e omissões nos testes IPRF e F/R, utilizando a Matriz de Confusão (MC), adaptada para o português brasileiro por Helou, Novaes<sup>16</sup>. Na Matriz de Confusão, se estabelecem os seguintes traços como base para a classificação das consoantes:

1. *Vozeamento* – em termos de articulação: as pregas vocais não vibram nos /p/, /t/, /k/, /f/, /tS/, /s/, /S/ e vibram nos /b/, /d/, /g/, /v/, /dZ/, /z/, /Z/, /m/, /n/.

2. *Nasalização para articular / m / e / n /* – A ressonância nasal provoca uma diferença acústica

e eles parecem levemente mais longos na duração que as fricativas ou plosivas, bem como algo mais intenso.

3. *Fricção* – tipo de turbulência de ruído de fricção que distingue /f/, /tS/, /s/, /S/, /v/, /dZ/, /z/, /Z/ das consoantes /p/, /t/, /k/, /b/, /d/, /g/, /m/, /n/.

4. *Duração* – diferença entre /s/, /S/, /z/, /Z/ e as outras 12 consoantes. Essas quatro consoantes são longas, intensas e de alta frequência.

5. *Ponto de articulação* – esse traço determina onde ocorre na boca a maior constrição de passagem vocal. Têm-se então três grupos: /p/, /b/, /f/, /v/, /m/ como frontais; /t/, /d/, /tS/, /s/, /dZ/, /z/, /n/ como médias e /k/, /g/, /S/, /Z/ como consoantes posteriores.

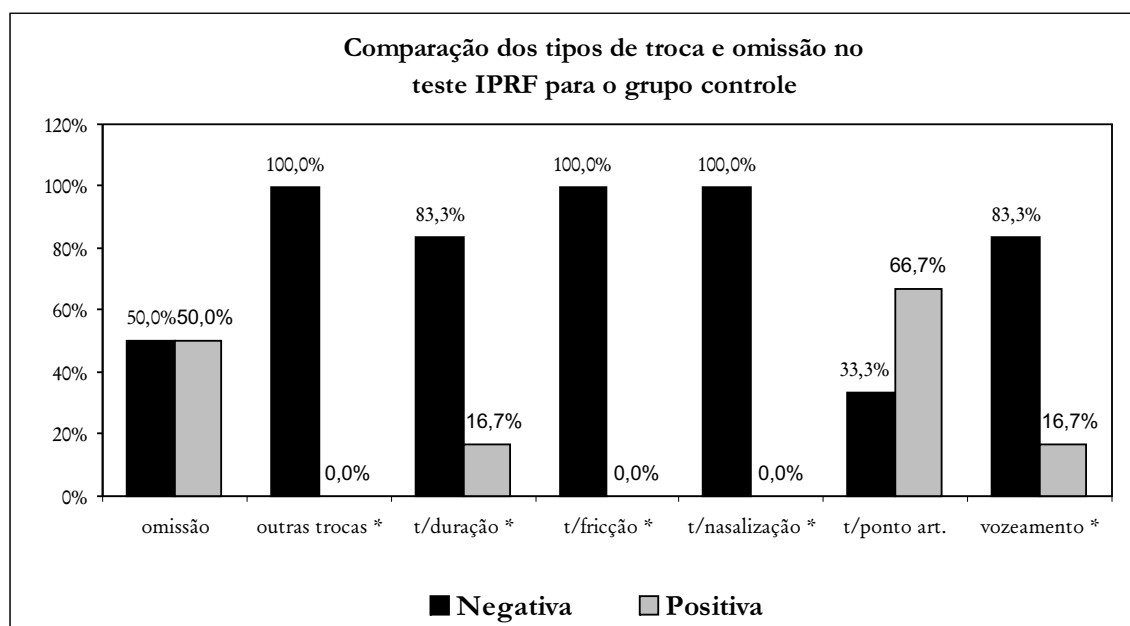
Cada uma das listas apresentadas, tanto no teste IPRF quanto no teste F/R, continha 36 apresentações (fonemas consoantes). Assim, a pontuação de 100% seria referente ao acerto de todos estes fonemas e conforme diminui o número de acertos, diminui a porcentagem.

## RESULTADOS

Em todo o trabalho, as análises estatísticas foram feitas considerando-se ambas as orelhas, totalizando 98 orelhas no grupo estudo (GE) e 12 no grupo controle (GC), por não haver diferenças significantes entre os resultados das orelhas (p-valor > 0,05).

Nos gráficos 1, 2, 3 e 4 são mostradas a análise da comparação entre a proporção da presença e da ausência das omissões e de cada um dos tipos de trocas (outras trocas, duração, fricção, ponto de articulação e vozeamento) nos testes IPRF e F/R para o GC e em seguida para o GE.

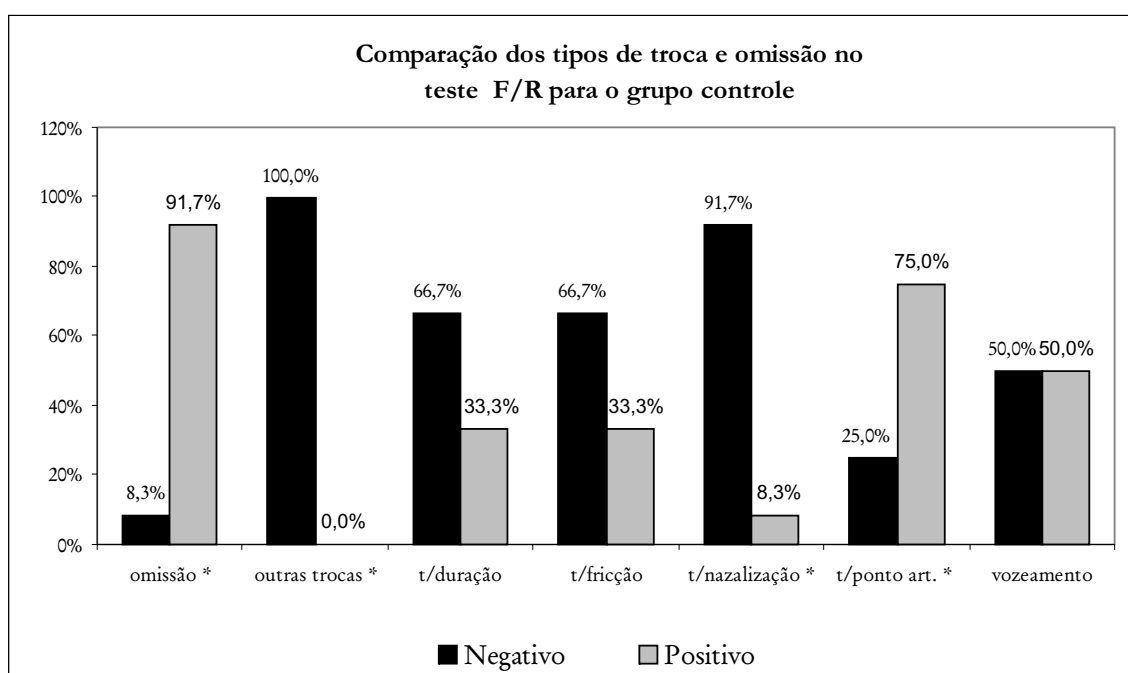
**Gráfico 1 -** Comparação entre a proporção de respostas para cada tipo de troca ou omissão apresentada no teste IPRF para o grupo controle. 2007.



No gráfico acima, a diferença entre a proporção da presença e da ausência de troca foi

estatisticamente significativa ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) para os seguintes tipos de trocas: outras trocas, duração, fricção, nasalização e vozeamento.

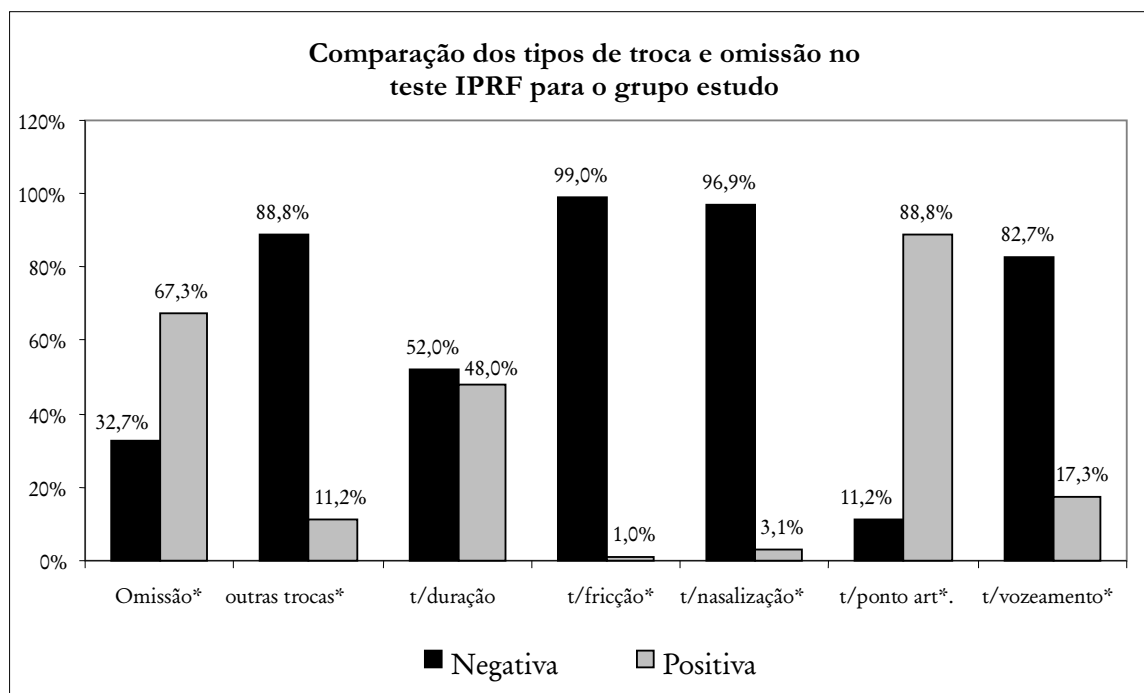
**Gráfico 2 -** Comparação entre a proporção de respostas para cada tipo de troca ou omissão apresentada no teste F/R para o grupo controle. 2007.



No gráfico 2, nas trocas do tipo outras trocas, nasalização e ponto articulatório e também na

omissão, as diferenças entre as proporções de resposta foram estatisticamente significante ( $p$ -valor  $< 0,05$ ).

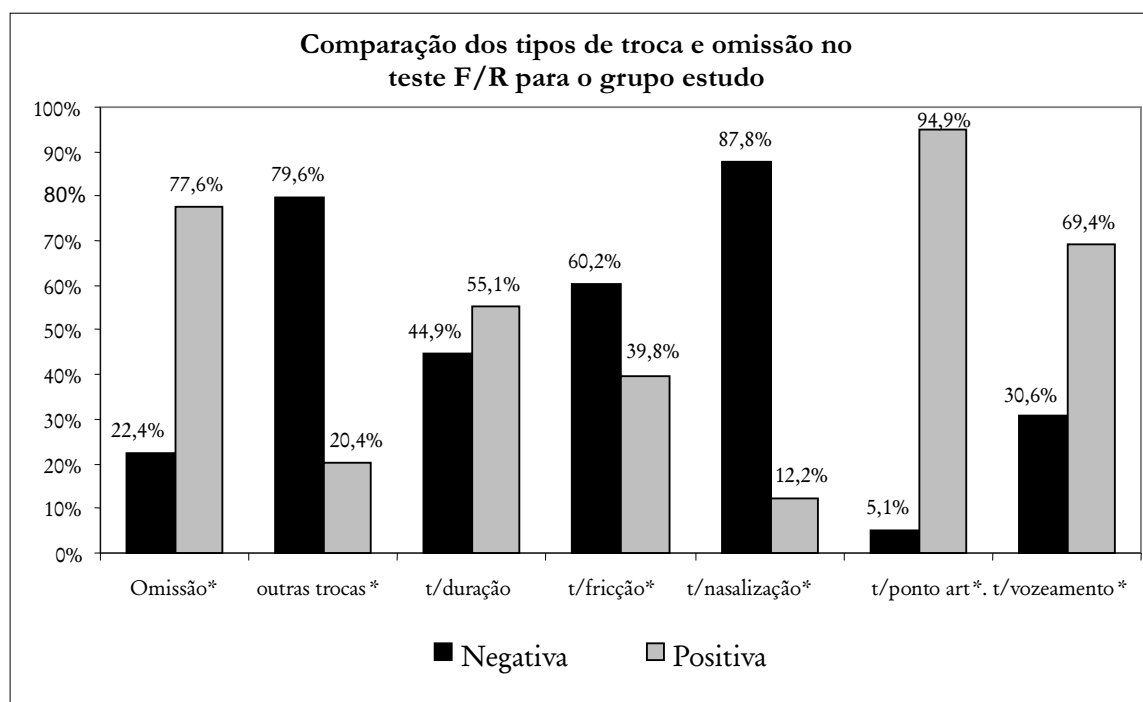
**Gráfico 3** - Comparação entre a proporção de respostas para cada tipo de troca ou omissão apresentada no teste IPRF para o grupo estudo. 2007.



No gráfico 3, somente na troca de duração a diferença entre proporção de resposta positiva e

negativa não foi estatisticamente significante ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

**Gráfico 4 -** Comparação entre a proporção de respostas para cada tipo de troca ou omissão apresentada no teste F/R para o grupo estudo. 2007.



No gráfico 4, somente na troca de duração a diferença entre proporção de resposta positiva e negativa não foi estatisticamente significativa ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

Além da análise acima descrita, foi realizada uma análise qualitativa das trocas ocorridas por meio da Matriz de Confusão, e também das omissões observadas. Para cada item considerado, primeiramente serão mostrados os dados referentes ao GC e, a seguir, do GE. Entretanto, antes do início desta análise, alguns comentários se fazem necessários.

As trocas e omissões consideradas com a utilização da Matriz de Confusão são relativas aos fonemas consonantais, não sendo consideradas as trocas que envolvem as vogais ou sons que a representam, ou mesmo o acréscimo de fonemas (exemplos: troca de “tem” por “tim” e “cal” por “carro”). Este critério foi admitido pelos autores que criaram a Matriz de Confusão, já que as consoantes são mais passíveis de confusão e também por serem mais importantes para a inteligibilidade de fala.

Com relação aos tipos de troca (duração, fricção, nasalização, ponto de articulação e vozeamento), em alguns casos ela podia ser considerada em mais de uma categoria, uma vez que os fonemas envolvidos tinham traços de mais de uma delas (ex.: troca de /dz/ por /Z/ que pode ser considerada como troca de duração ou ponto de articulação). Sendo assim, para facilitar a padronização dos dados, nestes casos, apenas uma das categorias foi escolhida e foi mantido o mesmo padrão de escolha em casos que fossem semelhantes.

Considerando as omissões na condição do teste IPRF, no GC não ocorreram omissões de vocábulos, mas dos seguintes fonemas: /p/ e /b/ na posição inicial e /s/ na posição final. Para o GE, foram omitidos os vocábulos “rir” e “sul” e os fonemas /p/ e /b/ na posição inicial e /s/ na posição final.

Na condição do teste F/R, no GC não ocorreram omissões de vocábulos, mas dos fonemas /p/ e /b/ na posição inicial e /s/ e /R/

na posição final. No GE ocorreram omissões dos vocábulos “rir”, “faz”, “sul”, “nu”, “ler”, “jaz”, “rol”, “boi”, “dor”, “dil”, “mil”, “lhe”, “cão”, “cal”, “tem” e “vai” e dos fonemas /s/ e /R/ na posição final e os plosivos /p/ e /b/ na posição inicial.

Quanto às trocas não possíveis de classificação e que foram categorizadas como outras trocas, vale ressaltar que somente ocorreram no grupo estudo, sendo exemplos delas: troca de “tom” por “cão” (no que se refere ao fonema /m/), “jaz” por “jão” (fonema /z/) e “gim” por “gil” (fonema /m/).

A seguir, são exemplificadas as trocas ocorridas, sendo a ordem de apresentação dos vocábulos dos que foram trocados mais frequentemente para os que ocorreram menos vezes ou ainda uma única vez. Também para cada um dos vocábulos, a ordem das trocas exemplificadas seguiu o mesmo padrão.

No quadro 1, são mostradas as trocas para o teste IPRF e F/R para o Grupo Controle (GC). A média de ocorrência de trocas foi de 3,25% para o teste IPRF e 8,54% para o F/R.

**Quadro 1** - Caracterização dos tipos de trocas apresentadas nos testes IPRF e F/R para o GC. 2007.

Vocábulo apresentado	Trocas IPRF	Trocas F/R
Rir	fir, vir, fiz	fir, fre
Dil	til	til
Lhe	le, ge	ve, le, ler, que
Faz	face	paz
Rol	-----	sol, foi
Pus	-----	urso
Boi	-----	oito
Jaz	-----	jarci
Nu	-----	til
Gim	-----	<u>til</u>

A seguir, no quadro 2, são mostradas as trocas para o teste IPRF e F/R para o Grupo Estudo

(GE). A média da ocorrência de trocas foi de 6,5% para o teste IPRF e 13,48% para o F/R.



**Quadro 2** - Caracterização dos tipos de trocas apresentadas nos testes IPRF e F/R para o GE. 2007.

Vocábulo apresentado	Trocas IPRF	Trocas F/R
rir	fir, xis, sir, fiz, ser, vir, firs, fil, fez, fienci, Fiat, risi, fre, xir, xi	fir, vir, ser, sir, xis, feliz, ris, ver, frirs, firso, firsi, fil, se, féis, Fiat, fix, fri, frit, Felipe, fer
dil	til, gil	til, gil, xil
lhe	ge, ve, ler, le, vir, guet	ge, ler, ve, ver, le, rir, vem, lha, til
faz	face, fax, jacs, fati	paz, pa, par, fax, ar, pai, face, faca, puz, va, mais
rol	sol	sol, som, sono, tiol, cão, zum
pus	urs, urso, rus, luz, ushi, ursi, cus, fus, usi, plus	urso, luz, urs, plus, sus, cus, curs, russo
tom	cão, com, pão, por	cão, som
zum	jum	gim, sum, gil, tim, gi, xi
nha	ner, mir, mer, na	mer, mel, ler, mulher, miau, minha, val, me, mé, leste, val, nhé, mil, né
gim	ge, xi, xim	xi, xis, xim, ge, tim, xe, xir
mil	fil, vil	
nu	lu, meu	xil, um, deu, lu
til	xil, xir	di, doze, gil, xir
dor	dois, doce	doce, sem, dos, flor, dois
seis	se	se, sir
ler	lessi	faz, ver
boi	oito	oito, foi, mil
jaz	chá	ter, chá, seje, lha
cal	tal	-----
vai	-----	pai, cai, xai
mil	ler, livro	ler, livro
tem	-----	ter, zum, véu
sul	-----	pus, ler

## DISCUSSÃO

De maneira geral, o que pode ser observado nos resultados foi um pior desempenho geral para o grupo estudo, principalmente quando apresentado o estímulo auditivo junto com o ruído competitivo. Estes dois fatos são justificados, uma vez que os idosos do grupo estudo eram todos portadores de perda auditiva, ainda que nas frequências altas, e com idade mínima, média e máxima superiores a do grupo controle.

Os estudos da literatura que compararam o desempenho entre grupos também relataram diferenças entre eles, com pior desempenho para os idosos saudáveis (quando comparados com jovens) ou para os idosos portadores de perda auditiva e um impacto negativo da presença do ruído junto com o material de fala. Entretanto, utilizaram grupos de sujeitos com características audiométricas e de idade distintas e/ou metodologias que diferiram do presente trabalho, inviabilizando maiores comparações<sup>8,12,14,15,23</sup>.

Quanto à comparação entre a proporção de respostas (positiva ou negativa) para cada tipo de troca e para a omissão, e considerando o GC na condição do teste IPRF (Gráfico 1), somente não ocorreu diferença estatisticamente significativa para a troca do tipo ponto articulatorio e para a omissão, sendo este tipo de troca a que mais ocorreu seguida da seguida da omissão. A troca de ponto articulatorio parece revelar que, neste caso, os traços acústicos que diferenciam um fonema do outro seriam talvez mais sutis e, portanto, mais dificilmente percebidos pelos idosos, mesmo para aqueles com boa audição periférica e sem a presença do ruído. No caso da omissão, duas hipóteses podem ser levantadas: primeiro, um comportamento do sujeito de se omitir, ou seja, não arriscar diante da incerteza do correto reconhecimento e outra conjectura seria a necessidade de mais tempo para processar quais seriam as possibilidades diante da dúvida. Com a continuidade do teste, o tempo disposto não seria suficiente para o sujeito emitir algum vocábulo e, então, ele passa a ter atenção ao próximo vocábulo. Para as demais trocas, a diferença foi estatisticamente significativa, com

maior proporção para a ausência das trocas. Um aspecto interessante a ser observado é que, para as trocas do tipo outras trocas, fricção e nasalização não houve erros, demonstrando que trocas incomuns, bem como as características acústicas dos sons de fonemas que envolvem a fricção e a nasalização foram suficientes para os idosos, sem perda auditiva, perceberem e identificarem corretamente os sons na situação de escuta sem ruído.

No gráfico 2, nas trocas do tipo outras trocas, nasalização e ponto articulatorio e também na omissão, as diferenças entre as proporções de resposta foram estatisticamente significantes ( $p$ -valor  $< 0,05$ ).

Ainda considerando o GC, quanto ao desempenho no teste F/R (Gráfico 2), ocorreu diferença estatisticamente significativa para as trocas do tipo outras trocas, nasalização e ponto articulatorio, e também para a omissão. Quanto à proporção de respostas, foi maior a ocorrência da omissão seguida da troca de ponto articulatorio e menor ocorrência das trocas do tipo outras trocas e de nasalização. Vale ressaltar que, na situação da presença do ruído competitivo, somente na troca do tipo outras trocas houve 100% de acerto, demonstrando que a presença do ruído dificultou a identificação dos sons e que somente trocas mais extravagantes ou menos comuns (outras trocas) deixaram de ocorrer, o que pode ser visualizado pelo aumento de amplitude das colunas cinzas e diminuição das pretas no Gráfico 2, quando comparado com o Gráfico 1.

O fato de o GC ter apresentado um pior desempenho na situação de teste com a presença de um ruído competitivo revela dois aspectos importantes. Primeiro, o efeito negativo do ruído no reconhecimento de fala, mesmo para idosos sem perda auditiva, fato já observado na literatura<sup>8,11,12</sup>. O segundo aspecto está relacionado ao fato de o envelhecimento não se limitar apenas ao órgão de Corti (audição periférica), mas a todo o sistema auditivo<sup>24-26</sup>. Assim, mesmo a ausência de uma perda auditiva, detectada no exame de audiometria tonal, não garante um desempenho adequado quanto ao reconhecimento de fala.

Quando analisamos o GE na situação do teste IPRF (Gráfico 3), somente na troca do tipo duração a diferença entre a proporção da ausência e da presença da troca não foi estatisticamente significativa. A maior proporção da ocorrência das trocas aconteceu na de ponto articulatorio e na omissão de resposta. Este padrão de resposta foi igualmente presente no grupo controle, revelando mais uma vez que o traço linguístico que determina onde ocorre na boca a maior constrição de passagem vocal (ponto articulatorio) foi o mais dificilmente percebido pelo idoso e, portanto, mais passível de confusão para uma correta identificação. Talvez uma análise espectral dos sons envolvidos neste tipo de troca pudesse esclarecer o porquê deste ocorrido. Ressalta-se que em nenhum dos casos houve 100% de acerto, mostrando que a presença da perda auditiva foi suficiente para impedir que o idoso identificasse corretamente os sons, mesmo em situação ideal de escuta (sem ruído competitivo).

Na condição do teste F/R para o GE (Gráfico 4), assim como na condição do teste IPRF, somente na troca do tipo duração a diferença entre a proporção da ausência e da presença da troca não foi estatisticamente significativa. Na troca de ponto articulatorio, vozeamento e na omissão, houve maior proporção de ocorrência das trocas e, para os demais tipos de troca, foi maior a proporção de ausência das trocas. Assim como na condição do teste IPRF, no teste F/R não houve 100% de acerto em nenhuma das opções de troca e, além disso, o índice positivo para as trocas foi ainda maior (colunas cinzas). Desta forma, a existência da perda auditiva associada à presença do ruído competitivo é mais do que suficiente para impedir a correta identificação dos sons.

Na literatura, os estudos localizados não contemplaram tipo de análise semelhante à do presente trabalho para que se pudessem estabelecer comparações. Entretanto, três estudos fizeram algum tipo de análise quanto às trocas ocorridas com o material de fala.

Schochat<sup>11</sup> revelou em seu estudo que as alterações que ocorreram com maior significância

foram as trocas de /t/ por /s/ e /f/ por /p/, que seriam classificadas como trocas de fricção, e /d/ por /t/, que seriam classificadas como trocas de vozeamento se a análise fosse feita pela MC.

No caso do estudo apresentado neste artigo, as trocas do tipo fricção e vozeamento não foram as que mais frequentemente ocorreram em nenhum dos grupos e em nenhuma das condições, mas nas possibilidades de troca apresentaram uma ocorrência considerável. A troca do tipo fricção apresentou baixíssima ocorrência na condição do teste IPRF para os dois grupos, da mesma forma que outros tipos de troca e, na presença do ruído, ocupou a terceira posição para os idosos sem perda auditiva periférica e a quarta posição para os idosos com perda. A troca do tipo vozeamento foi a segunda que mais ocorreu na condição do teste IPRF para os dois grupos e também na condição com ruído para o grupo controle, passando a ocupar a terceira posição, nesta mesma condição, para o grupo estudo.

As diferenças entre o trabalho de Schochat<sup>11</sup> e o presente estudo podem ter ocorrido por diferenças na metodologia segundo a qual o teste foi aplicado (diferentes tipos de ruído e diferentes relações sinal/ruído), bem como diferenças entre os grupos de idosos avaliados no que se refere aos limiares tonais e características pessoais dos grupos avaliadas (idosos mais ou menos ativos e com rotinas distintas).

Martini et al.<sup>17</sup> relataram a ocorrência de um elevado índice de trocas referidas como completa distorção e menor índice de trocas envolvendo fonemas de diferentes categorias e menor ainda envolvendo fonemas da mesma categoria. Entretanto, não foram exemplificadas as trocas ocorridas dentro destas três categorias, impossibilitando maiores comparações com os dados apresentados no presente estudo.

Shrivastav et al.<sup>18</sup> observaram desempenhos melhores em tarefas de identificação de fricativas do que de plosivas. No estudo apresentado, não foi feita uma análise semelhante para uma comparação mais direta. Todavia, ao se observar

os resultados do estudo (gráficos de 1 a 4), é possível identificar, de maneira geral, um índice elevado de acerto quando considerada a troca do tipo fricção.

Com relação à análise qualitativa das omissões e trocas apresentadas pelos grupos controle e estudo, dados interessantes serão discutidos a seguir, mas inicialmente alguns pontos merecem ser comentados.

A utilização da análise por meio da Matriz de Confusão considera as trocas apresentadas relacionadas aos fonemas consonantais somente e desconsidera o acréscimo de outros sons. Isto demonstra a limitação deste tipo de análise, pois apesar de os fonemas consonantais serem mais importantes para a compreensão dos sons de fala, uma troca envolvendo uma vogal, ou mesmo o acréscimo de algum som, resulta em erro, dificultando a efetividade e eficácia de um diálogo.

Com relação às omissões de vocábulos, é interessante observar que elas não ocorreram no GC, revelando que a normalidade dos limiares tonais favoreceu a escuta e compreensão dos vocábulos apresentados, ou pelo menos, parte deles. Já para o GE, ocorreram omissões de vocábulos, mas sobretudo na condição do teste F/R, revelando que a presença de uma perda auditiva, ainda que pequena e concentrada nas frequências agudas, acarreta diminuição ou perda das pistas acústicas de fonemas para sua correta identificação.

Quanto à omissão de fonemas, o padrão de normalidade dos limiares tonais apresentado pelo GC não impediu que alguns fonemas fossem omitidos, mesmo na ausência de um estímulo competitivo. Esta situação pode ter ocorrido devido ao tipo de material utilizado, isto é, monossílabos (unidade de menor valor semântico) e também à deterioração do processamento central, fato já previamente observado na literatura<sup>26-30</sup>.

Ainda considerando a omissão de fonemas, mas com relação ao GE, o que o diferenciou do GC foi o número superior da frequência das omissões e o maior impacto na condição do teste F/R. Um

aspecto interessante observado foi a semelhança destas omissões com os plosivos /p/ e /b/ na posição inicial e o arquifonema /s/ na final, principalmente na condição do teste F/R.

Na literatura, somente foi localizado o estudo de Schochat<sup>11</sup>, que realizou semelhante forma de análise dos erros com o relato da ocorrência da omissão do arquifonema /s/ em posição final, tanto no grupo de idosos sem perda auditiva como nos portadores de perda auditiva.

Com relação à omissão do arquifonema /s/ para o grupo estudo, uma possível explicação residiria na frequência deste fonema (próximo de 6kHz)<sup>31</sup>, sendo que todos os idosos deste grupo apresentavam perda nas frequências agudas, no mínimo nas frequências de 6 e 8 kHz.

Com relação às trocas apresentadas para o GC e GE na condição do teste IPRF, é possível observar que os vocábulos trocados (“rir”, “dil”, “lhe” e “faz”), bem como as trocas em que resultaram (exemplos: “rir” por “fir” e “lhe” por “ge”), realizadas no primeiro grupo, se repetem no segundo, além do acréscimo de outros vocábulos (exemplos “pus” e “rol”). Vale ressaltar que no GE a variedade e a quantidade das trocas foi maior que no GC.

Na condição de teste do F/R, houve aumento do número de vocábulos que foram erroneamente repetidos tanto para o GC quanto para o GE, o que pode ser observado nos quadros 1 e 2. Com relação à semelhança das trocas entre os grupos, outro autor<sup>11</sup> também observou este tipo de situação, na qual as trocas foram semelhantes para os grupos avaliados (jovens e idosos sem e com perda auditiva), levantando a hipótese de que são utilizadas as mesmas pistas acústicas para a decodificação do sinal acústico.

No que diz respeito ao motivo de alguns vocábulos terem sido mais trocados do que outros, pode-se inferir o grau variado de dificuldade que os mesmos oferecem. Como previamente observados por Schochat<sup>11</sup>, que utilizou similar lista de vocábulos, alguns são amplamente utilizados na língua portuguesa, e

outros não têm sentido para a maioria da população.

Com relação à ocorrência de algumas trocas passíveis de explicação, tem-se as pistas acústicas que caracterizam os fonemas como na diferença de duração /f/ e do /b/ e também pelo aspecto semântico, como na troca de “rol” por “sol”, entre outras. Semelhante consideração foi realizada em um estudo prévio<sup>11</sup>.

A respeito das trocas realizadas nas quais o sujeito substitui por um vocábulo mais familiar, um estudo<sup>16</sup> que também utilizou a Matriz de Confusão observou que a utilização de monossílabos como estímulo de fala fez com que o paciente respondesse com outra palavra que nem sempre refletia a troca, devido a características acústicas dos fonemas, estando o erro sujeito a interferências do contexto semântico. Assim, diante da dificuldade de compreender o que escutou, a pessoa busca palavras com significado para ela.

Entre as trocas realizadas, algumas merecem ser destacadas, por não serem passíveis de explicação. Elas podem ter ocorrido pelo indivíduo ter tentado adivinhar o que ouviu e ocorreram mais frequentemente no GE e na condição do teste F/R, como nos exemplos, “fiat” e “Felipe” para “rir”, e “livro” para “mil”. Vale ressaltar que estas trocas foram pouco frequentes de maneira geral, com exceção de algumas delas, como “pus” para “urso” e “oito” para “boi”.

Schochat<sup>11</sup> também observou semelhante aspecto sem também conseguir decifrar o motivo para tal ocorrido. Talvez uma análise do espectro

de frequência destes vocábulos possa elucidar esta situação que se repetiu em diferentes estudos.

O presente estudo revelou dados importantes quanto às habilidades auditivas de ouvintes idosos no que se refere à percepção auditiva dos sons de fala, bem como à interferência da presença do ruído concomitante. Além disso, demonstrou a necessidade de outros estudos que realizem uma análise mais minuciosa, considerando os erros apresentados nos testes de fala.

## CONCLUSÃO

A análise qualitativa e quantitativa dos erros apresentados em um teste de fala na presença de ruído competitivo, em idosos, permitiu-nos chegar às seguintes conclusões:

- A presença de limiares tonais dentro dos padrões de normalidade não impede que idosos apresentem erros no reconhecimento de fala.
- A presença do ruído interfere negativamente no reconhecimento dos sons de fala, principalmente quando o idoso apresenta perda auditiva.
- Os fonemas plosivos /p/ e /b/, na posição inicial de vocábulos, e o arquifonema /s/, na posição final, foram os mais frequentemente omitidos, principalmente na presença do ruído.
- Os vocábulos “rir”, “dil”, “lhe”, “faz” e “rol” foram os mais frequentemente trocados, principalmente na presença do ruído.

## REFERÊNCIAS

1. Ibge.gov.br [sítio na internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000 [revisado 2004; citado 2009 Jan 12]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
2. Viude A. Fatores associados a presbiacusia em idosos [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
3. Weinstein BE. Presbiacusia. In: Katz J. Tratados de audiologia clínica. 4ª Edição. São Paulo: Manole, 1999, p.562-76.
4. Gates GA, Mills JH. Presbycusis. *Lancet*. 2005;366(9491):1111-20.
5. Rados C. Sound advice about age-related hearing loss. *FDA Consum*. 2005. May-Jun;39(3):20-7.
6. Calais LL, Russo ICP, Borges ACLC. Desempenho de idosos em um teste de fala na presença de ruído. *Pro-Fono* [online]. 2008;20(3):147-52.
7. Pereira LD, Shochat E. Fala com ruído (teste 1). In: Pereira LD, Shochat E. *Processamento Auditivo Central- manual de avaliação*. São Paulo: Lovise; 1997. p. 99-102.
8. Duarte VG. O efeito do ruído na percepção de fala de indivíduos ouvintes jovens e idosos. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1998.
9. Kenyon EL, Leidenheim SE, Zwillenberg S. Speech discrimination in sensorineural hearing loss patient: How is it affected by background Noise? *Mil Med*. 1998;163(9):647-50.
10. Pichora-Fuller MK, Souza PE. Effects of aging on auditory processing of speech. *Int J Audiol*. 2003;42(Suppl.2S):11-26.
11. Schochat E. Percepção de fala: presbiacusia e perda auditiva induzida por ruído. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas-Universidade de São Paulo; 1994.
12. Pichora-Fuller MK, Schneider BA, Daneman M. How young and old adults listen and remember speech in noise. *J. Acoust. Soc. Am*. 1995; 97(1): 593-608.
13. Studebaker GA, Sherbecoe RL, McDaniel DM, Gwaltney CA. Monosyllabic word recognition at higher-than-normal speech and noise levels. *J. Acoust. Soc. Am*. 1999; 105(4): 2431-44.
14. Caporali SA, Silva JA. Reconhecimento de fala no ruído em jovens e idosos com perda auditiva. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004; 70(4): 525-32.
15. Souza PE, Boike KT, Witherell K, Tremblay K. Prediction of Speech Recognition from Audibility in Older Listeners with Hearing Loss: Effects of Age, Amplification, and Background Noise. *J. Am Acad Audiol*. 2007; 18(1):54-65.
16. Helou LF, Novaes BC. Utilização da matriz de confusão na indicação de aparelho de amplificação sonora individual. *Distúrb. comum*. 2005; 17(2): 203-13.
17. Martini A, Mazzoli M, Rosignoli M, Trevisi P, Maggi S, Enzi G, Crepaldi C. Hearing in the elderly: a population study. *Audiology*. 2001; 40(6): 285-293.
18. Shrivastav MN, Humes LE, Kewlev-Port D. Individual differences in auditory discrimination of spectral shape and speech-identification performance among elderly listeners. *J. Acoust. Soc. Am*. 2006 ; 119(2):1131-42.
19. Brasil. Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2003 Out 3.
20. International Standards Organization. Acoustics - Audiometric test methods. Part I: Basic pure tone air and bone conduction threshold audiometry. Geneva, Switzerland. ISO 8253-1; 1989.
21. Jerger J. Clinical experience with impedance audiometry. *Arch Otolaryngol*. 1970; 92: 311-24.
22. Silva AM, Gordo A, Pereira LD. Índice perceptual de reconhecimento de fala com e sem ruído em indivíduos com perda condutiva e neurossensorial – estudo comparativo. *Acta AWHO*. 1997; 16(4):174-8.
23. Bertachini L, Gonçalves MJ. Comunicação na terceira idade. *Mundo saúde*. 2002; 26(2): 483-89.
24. Céspedes JHH. Causas da Hipoacusia Sensorineural. *Rev. Méd. Clín. Condes*. 2003; 14(1); [cerca de 10p.]. Disponível em: [http://www.clinicalascondes.cl/area\\_academica/Revista\\_Medica\\_Enero\\_2003/articulo\\_002.htm](http://www.clinicalascondes.cl/area_academica/Revista_Medica_Enero_2003/articulo_002.htm)
25. Chisolm TH, Willot JF, Lister JJ. The aging auditory system: anatomic and physiologic changes and implications for rehabilitation. *Int J Audiol*. 2003; 42: 2(S): 3-10.
26. Pinheiro MMC, Pereira LD. Processamento auditivo em idosos: estudo da interação por meio de testes com estímulos verbais e não verbais. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004; 70(2): 209-14.

27. Golding M, Carter N, Mitchell P, Hood LJ. Prevalence of central auditory processing (CAP) abnormality in an older Australian population: the blue mountain hearing study. *J Am Acad Audiol*. 2004; 15(9): 633-42.
28. Gates GA, Mills JH. Presbycusis. *Lancet*. 2005; 366 (9491): 1111-20.
29. Mazelová J, Popelar J, Syka J. Auditory function in presbycusis: peripheral vs. central changes. *Exp Gerontol*. 2003; 38(1-2): 87-94.
30. Russo ICP, Behlau M. Percepção da fala: análise acústica do Português Brasileiro. São Paulo: Lovise; 1993. p. 57.

Recebido: 26/5/2009

Revisado: 04/2/2010

Aprovado: 30/8/2010

## Anexo 1

Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina  
 Departamento de Fonoaudiologia  
 Disciplina dos Distúrbios da Comunicação Humana

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

IPRF ( )

F/R ( )

N	D 1	D 2	D 3	D 4	%
1	TIL_____	CHÁ_____	DOR_____	JAZ_____	96
2	GÁS_____	DOR_____	BOI_____	CÃO_____	92
3	ROL_____	MIL_____	TIL_____	CAL_____	88
4	PUS_____	TOM_____	ROL_____	BOI_____	84
5	FAZ_____	ZUM_____	GIM_____	NU_____	80
6	GIM_____	MEL_____	CAL_____	FAZ_____	76
7	RIR_____	TIL_____	NHÁ_____	GIM_____	72
8	BOI_____	GIM_____	CHÁ_____	PUS_____	68
9	VAI_____	DIL_____	TOM_____	SEIS_____	64
10	MEL_____	NU_____	SUL_____	NHÁ_____	60
11	NU_____	PUS_____	TEM_____	MIL_____	56
12	LHE_____	NHÁ_____	PUS_____	TEM_____	52
13	CAL_____	SUL_____	NU_____	ZUM_____	48
14	MIL_____	JAZ_____	CÃO_____	TIL_____	44
15	TEM_____	ROL_____	VAI_____	LHE_____	40
16	DIL_____	TEM_____	MEL_____	SUL_____	36
17	DOR_____	FAZ_____	RIR_____	CHÁ_____	32
18	CHÁ_____	LHE_____	GÁS_____	ROL_____	28
19	ZUM_____	BOI_____	ZUM_____	MEL_____	24
20	NHÁ_____	CAL_____	LHE_____	DOR_____	20
21	CÃO_____	RIR_____	MIL_____	VAI_____	16
22	TOM_____	CÃO_____	LER_____	DIL_____	12
23	SEIS_____	LER_____	FAZ_____	TOM_____	8
24	LER_____	VAI_____	SEIS_____	RIR_____	4
25	SUL_____	SEIS_____	DIL_____	LER_____	0



# Avosidade: Visões de avós e de seus netos no período da infância

*Grandparenthood: Viewpoints of grandmothers and their grandchildren during childhood*

Alessandra Ribeiro Ventura Oliveira<sup>1</sup>  
Lucy Gomes Vianna<sup>1</sup>  
Carmen Jansen de Cárdenas<sup>1</sup>

## Resumo

O papel do idoso tem sofrido modificações, tanto no âmbito social quanto no familiar. Aumentaram o número de avós e o número de anos que as pessoas vivem como avós. A avosidade, definida como laço de parentesco, está intimamente ligada às funções materna e paterna, das quais, entretanto, se diferencia, exercendo papel determinante na formação do sujeito. O objetivo deste trabalho foi avaliar a relação entre avós e netos no período da infância, de acordo com a percepção de avós e de seus netos. Foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas com avós e seus netos. Os resultados foram analisados e categorizados utilizando-se o *software* ALCESTE, o qual realiza automaticamente análise quantitativa de dados textuais. O estudo revelou presença significativa de intergeracionalidade na visão das avós, representada pelas palavras mais frequentes em ordem decrescente: avó, netos e pai. A classe 1 (34,45%), mostrou o quanto a avosidade é significativa, representada por atividades realizadas com os netos; na classe 2 (42,86%), verificou-se o quanto as avós se sentiram bem realizando essas atividades; na classe 3 (22,69%), foi visualizada a visão das avós sobre a velhice. Foram formados dois eixos: o primeiro, constituído pelas classes 1 e 2 (relação intergeracional), e o segundo, pela classe 3 (velhice). A relação obtida entre as classes 1 e 2 foi de 0,4, e entre os eixos 1 e 2 foi 0. Para análise dos discursos dos netos, revelaram-se as categorias e subcategorias, respectivamente: benefício – diversão e afeto; sentimento – orgulho e diferença; significado da velhice – desconhecido e previsível. Na categoria benefício, os dados obtidos indicaram que os netos ou netas sentiam-se alegres e satisfeitos quando realizavam determinadas atividades com as avós. Além disso, valorizavam o carinho dispensado por elas. Na categoria sentimento, os netos evidenciaram as qualidades pessoais de suas avós, construindo formas diferentes de relações entre avós e netos. Por fim, na categoria significado da velhice, alguns netos mostraram desconhecimento sobre o significado do termo, enquanto outros possuíam em suas mentes uma imagem de como será a sua velhice. No presente estudo, pode-se concluir que avós idosas mantêm forte relação de proximidade vivenciada com seus netos no período da infância, o que é confirmado e reconhecido por seus netos.

**Palavras-chave:** Relações Intergeracionais. Avós. Netos. Avosidade.

<sup>1</sup> Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Brasília, DF, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Alessandra Ribeiro Ventura Oliveira  
Universidade Católica de Brasília - Campus Universitário II  
SGAN 916 Módulo B  
70790-160 Brasília, DF, Brasil  
E-mail: a.oliveira53@gmail.com

## Abstract

The role of the elderly has changed, both in society and within the family. The number of grandparents has been growing, as well the time they live as grandparents. Grandparenthood is a bond between relatives, linking mother and father functions in spite of their differences, playing an important role in the person's development. This study aims to analyze the relationship between grandmothers and grandchildren during childhood, according to the perception of grandmothers and grandchildren. We conducted 17 structured surveys with the grandmothers and their grandchildren. The results were analyzed through the ALCESTE software, which performs an automatic quantitative study of text information. The study revealed a significant presence of intergenerational relationship in grandmothers' viewpoint, represented by the most common words, in decreasing order: grandmother, grandchildren and dad. Class 1 (34,45%) showed how significantly was grandparenthood represented for the activities performed with grandchildren; Class 2 (42,86%), how grandmothers felt carrying through such activities; and Class 3 (22,69%) showed the elderly's view about old age. Two lines were created, the first called intergenerational relationship (Classes 1 and 2) and the second called old age (Class 3). The relation between classes 1 and 2 was 0,4 and between the lines 1 and 2 was 0. The analysis of grandchildren's speeches revealed categories and subcategories, respectively: benefit - entertainment and affection; feeling - proud and difference; meaning of old age - unknown and predictable. In the benefit category, results indicated that the grandsons or granddaughters felt happy and pleased when they performed activities with their grandmothers. Beyond this, they used to value the affection offered by the grandmothers. In the feeling category, the grandchildren showed the personal qualities of their grandmothers. They built different kinds of relations between grandparents and grandchildren. In the meaning of old age category, some grandchildren did not know the meaning of the term, whereas others kept in mind how their old age will be in the future. This study concluded that elderly grandmothers have a close relationship with their grandchildren during childhood, and this relation has been confirmed and recognized by their grandchildren.

### Key words:

Intergenerational  
Relationship.  
Grandmother.  
Grandchildren.  
Grandparenthood.

## INTRODUÇÃO

A arte de ser avó é vista como aspecto privilegiado da habilidade de ser pais de filhos adultos, partilhando ideias e experiências dentro da nova condição de simetria que os filhos atingem ao se tornarem pai<sup>1</sup>. Ao aproximar gerações, são quebradas barreiras, eliminados preconceitos e vencidas discriminações<sup>2</sup>.

As relações dos netos com seus avós constituem uma linha de investigação na qual se torna necessário abordar perspectiva bidirecional e interativa, pois cada questão que se discute depende da interação de ambas perspectivas<sup>3</sup>. A importância da mutualidade da relação entre avós e netos foi reconhecida sobretudo durante a década de 80 e, desde então, o interesse sobre a avosidade cresceu consideravelmente. Dentre os fatores que contribuíram para esta situação, está o aumento

na expectativa de vida, o que tem levado a maior tempo de permanência dos indivíduos na função de avós<sup>4</sup>.

O século XXI será o século dos avós. Entre os americanos, cerca de 50% tornam-se avós entre 49 e 53 anos, passando de 30 a 40 anos exercendo este papel. Na França, cerca de 80% das avós têm mais de 65 anos e 50% delas tornar-se-ão bisavós, enquanto em torno de 20% das mulheres com mais de 80 anos já são tataravós. Na Inglaterra, quase metade da população tem netos, sendo que 25% do grupo são os principais cuidadores dessas crianças, passando, em média, seis horas por semana substituindo os pais<sup>1</sup>.

No Brasil, quanto mais elevado o número de filhos, maior é a chance de a mulher acima de 60 anos ter filhos e netos residindo em sua casa. Em 2000, os netos representavam cerca de 14% dos

membros nas famílias de idosos, assim como 2% nas famílias com idosos<sup>5</sup>. Um número menor de netos potenciais entra em relação com um número crescente de avós, que estão cada vez mais jovens, tornando a idade uma variável isolada e conflituosa na relação entre avós e netos<sup>6</sup>.

O acesso dos netos aos avós, no período da infância, é controlado pelos pais, principalmente para aqueles que não moram próximos<sup>7</sup>. Nesse período, o relacionamento entre avós e netos pode ser marcado pelo prazer e brincadeiras que ocorrem, sendo que, à medida que os netos crescem, outros significados poderão adquirir relevância<sup>7</sup>.

A velhice é um conceito multifatorial, contemplado não apenas por transformações biológicas e cronológicas, mas também por questões sociais e culturais. Ao estabelecer um paralelo entre a velhice e a infância, é possível resgatar lembranças sobre velhos ou sobre a velhice que ainda não foram vivenciadas<sup>8</sup>. Assim, os netos exercem fundamental importância na vida dos avós e o contato entre avós e netos pode ser essencial para as pessoas que estão envelhecendo<sup>9</sup>.

O estudo atual focalizou a temática da avosidade, definida como laço de parentesco entre avós e netos, estando os últimos no período da infância<sup>10</sup>. Assim, avosidade é tema que cria um elo entre a pediatria e a gerontologia.

## MATERIAL E MÉTODOS

Utilizou-se método qualitativo, sendo a amostra de 17 avós e seus respectivos netos recrutada de dois ambulatorios de Pediatria de responsabilidade da autora principal, sendo um deles particular e o outro em hospital da rede pública. Todos os entrevistados eram domiciliados no Distrito Federal. As avós estudadas acompanharam seus netos às consultas pediátricas realizadas nos ambulatorios citados.

Foram critérios de inclusão: avós com idade  $\geq 60$  anos, possuindo um ou mais netos com idade de 6 a 12 anos; cognição normal;

consentimento por escrito em participar da pesquisa, das avós e dos responsáveis pelas crianças a serem entrevistadas.

Realizou-se contato com a avó participante e seu(s) neto(s) durante a consulta pediátrica. Foram fornecidos esclarecimentos às avós e aos responsáveis pelas crianças a serem entrevistadas sobre o objetivo da pesquisa, o que seria abordado nas entrevistas e o tipo de participação que seria necessária. As entrevistas foram realizadas no Campus I da Universidade Católica de Brasília, em salas de aula disponíveis no dia e horário escolhidos pelas entrevistadas, em ambiente que permitia a não interrupção por terceiros e com privacidade aos entrevistados.

A coleta das informações foi realizada em duas fases. No primeiro momento, as avós responderam a questionário no qual constavam os seguintes dados sócio-biográficos: identificação, número de netos e respectivas idades, coresidência e qual o neto de maior convívio e o motivo deste fato. A seguir, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as avós e, posteriormente, com o(s) neto(s).

Cada entrevista teve duração de cerca de 40 minutos, sendo abordados temas a respeito de avosidade, ou seja, da relação das avós com seus respectivos netos. Foi seguido um roteiro de questões nas entrevistas, a saber: o que pensa sobre ser avó; qual o significado de ser velha; o que sentiu quando se tornou avó pela primeira vez; quais as atividades realizadas em comum com os seus netos e entre elas qual mais gosta; quais as responsabilidades com os seus netos; se há perda de contato com os netos à medida que crescem; e características positivas e negativas de seus netos. Estas entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas integralmente.

A seguir, foram realizadas as entrevistas com os netos, utilizando-se os mesmos procedimentos realizados com as avós<sup>11</sup>. O roteiro dessas entrevistas foi o seguinte: quais as atividades realizadas com as avós e qual mais gostava; se já havia pensado como seria sua velhice; e se gostaria de ser igual à avó no futuro.

A análise das respostas das avós foi feita através do *software* ALCEST (Análise Lexical por Conjunto de Segmentos de um Texto), que objetiva desvelar a informação essencial contida em um texto, através da classificação estatística de enunciados simples do *corpus* estudado, em função da distribuição das palavras dentro do enunciado, aprendendo as palavras que lhes são características<sup>12</sup>. Esse *software* realizou automaticamente a análise quantitativa dos dados textuais obtidos, efetuando dois tipos de análise: Classificação Hierárquica Descendente (CDH), a qual apresenta classes lexicais e suas oposições; e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que visualiza as oposições resultantes da CDH. O *software* identificou no texto as Unidades de Contexto Elementar (UCE), agrupando-as em classes semânticas homogêneas, com conteúdo lexical específico e significado único.

Esse programa também forneceu uma relação entre as três classes encontradas, estabelecendo a proximidade de significado entre elas. Essa relação entre as classes, denominada "R", foi quantificada em valores que variaram de 0 a 1, sendo, quanto mais próximo da unidade 1 maior a relação entre duas ou mais classes, ou seja, a consistência entre elas e, assim, o zero significando uma relação fraca ou nula.

Para análise das entrevistas realizadas com os netos, foram criadas categorias nas quais foram abordados determinados temas<sup>13</sup>. A realização desta análise através do *software* ALCESTE exigiria maior número de caracteres do que o encontrado no presente trabalho.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, registrado sob o nº CEP/UCB 048/2009. Os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADO

O conteúdo analisado pelo *software*, obtido das entrevistas com as avós, mostrou *corpus* com 7.132 palavras, sendo 1.361 formas distintas, tendo o programa aproveitado como significativo 63,3% desse total.

A análise estatística identificou 16 unidades de contexto inicial (UCI), que formaram o *corpus* das entrevistas. A média de frequência das palavras foi de cinco vezes, sendo que 744 palavras apareceram uma única vez (*rápax*). Desse total, foram identificadas 129 UCes, agrupadas em três classes distintas: classe 1 - visão das avós; classe 2 - relação entre avós e netos; classe 3 - visão das idosas sobre a velhice.

A classe 1 foi formada com palavras fortemente ligadas entre si, de acordo com sua distribuição nas unidades onde o pensamento foi anunciado. As palavras dessa classe mais significativas foram avós e negativo, com valores de  $\chi^2$  iguais a 20,57 e 14,14, respectivamente. Dentre estas palavras, a mais frequente foi *negativo*, com 100,00% de frequência. A palavra menos significativa foi *todo*, com valor de  $\chi^2$  igual a 6,23 (Tabela 1).

**Tabela 1** - Descrição da Classe 1 “Visão das avós”, nas entrevistas realizadas em Brasília, 2009. (Oliveira, AR. Brasília, DF, 2009).

Palavras da Classe 1	$\chi^2$	Frequência (%)
avós	20,57	67,74
negativo	14,14	100,00
jeito	9,93	100,00
ponto	9,93	100,00
estudo	9,93	100,00
mundo	9,93	100,00
pai	9,61	71,42
porque	9,51	59,26
acho	7,96	57,69
falta	7,86	100,00
depende	7,86	100,00
assumo	7,86	100,00
filhos	7,85	72,83
netos	7,25	59,09
época	6,67	83,33
carinho	6,23	75,00
responsabilidade	6,23	75,00
crio	6,23	75,00
todo	6,23	75,00

Na classe 2, as palavras mais frequentemente encontradas foram *ajudar* e *gostar*, com valores de  $\chi^2$  iguais a 13,05 e 12,20, respectivamente. As palavras que apresentaram a maior frequência

foram: *televisão*, *posso* e *brincar*, com valores de  $\chi^2$  iguais a 11,44 para cada palavra. A palavra de menor significado foi *ver*, com valor de  $\chi^2$  igual a 6,96 e frequência de 99,99% (Tabela 2).

**Tabela 2** - Descrição da Classe 2 “Relação entre avós e netos”, nas entrevistas realizadas em Brasília, 2009. (Oliveira, AR. Brasília, DF, 2009)

Principais palavras da Classe 2	$\chi^2$	Frequência (%)
ajudar	13,05	77,27
gostar	12,20	71,42
televisão	11,44	99,99
posso	11,44	99,99
brincar	11,44	99,99
levo	9,92	99,99
fazer	7,47	72,21
escola	5,57	85,71
caminho	5,51	99,99
lavo	5,51	99,99
passar	5,51	99,99
tento	5,51	99,99
comida	5,51	99,99
apego	5,51	99,99
sou	7,50	81,81
ver	6,96	99,99

Na classe 3, as palavras mais significativas foram *lembro* e *respeito*, com  $\chi^2$  igual a 17,77 e frequência de 99,99 para cada palavra. As palavras

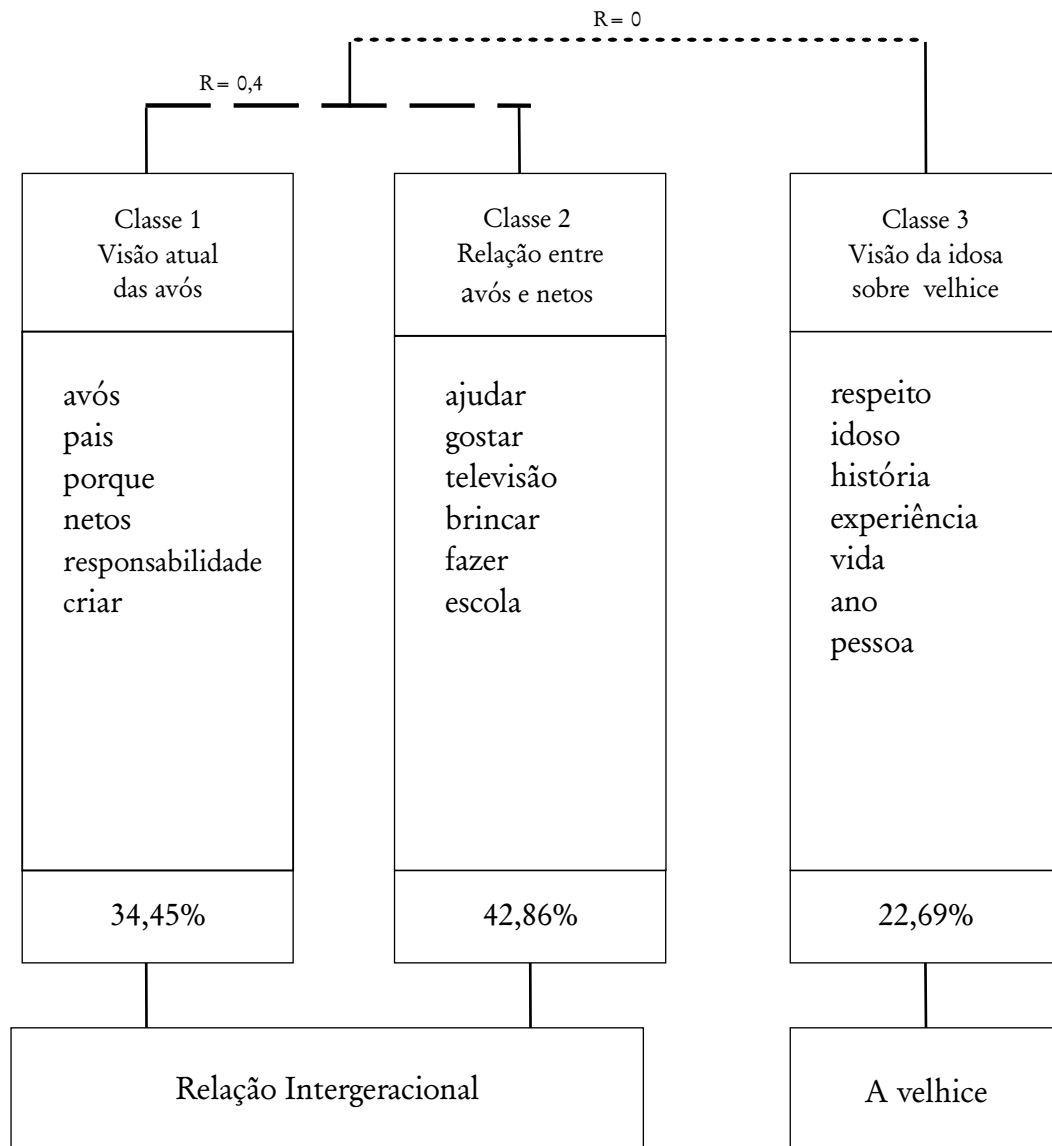
de menor significância foram *causa*, *velho*, *chamo* e *cidade*, com valores de  $\chi^2$  iguais a 6,45 e frequência de 74,99 para cada uma das palavras (Tabela 3).

**Tabela 3** - Descrição da Classe 3 “Visão da idosa sobre a velhice”, nas entrevistas realizadas em Brasília, 2009. (Oliveira, AR. Brasília, DF, 2009).

Palavras principais da classe 3	$\chi^2$	Frequência (%)
lembro	17,77	99,99
respeito	17,77	99,99
idosos	16,83	85,71
historia	14,09	99,99
experiência	14,09	99,99
vida	13,37	74,99
grande	13,24	83,33
ano	10,74	57,14
fila	10,48	99,99
chego	9,76	79,99
disse	9,76	79,99
pessoa	8,08	53,85
atividade	6,97	66,67
causa	6,45	74,99
velho	6,45	74,99
chamo	6,45	74,99
cidade	6,45	74,99

A figura 1 apresenta o quadro sintético dos resultados gerados pela análise do programa

ALCESTE, mostrando a relação entre as três classes encontradas.

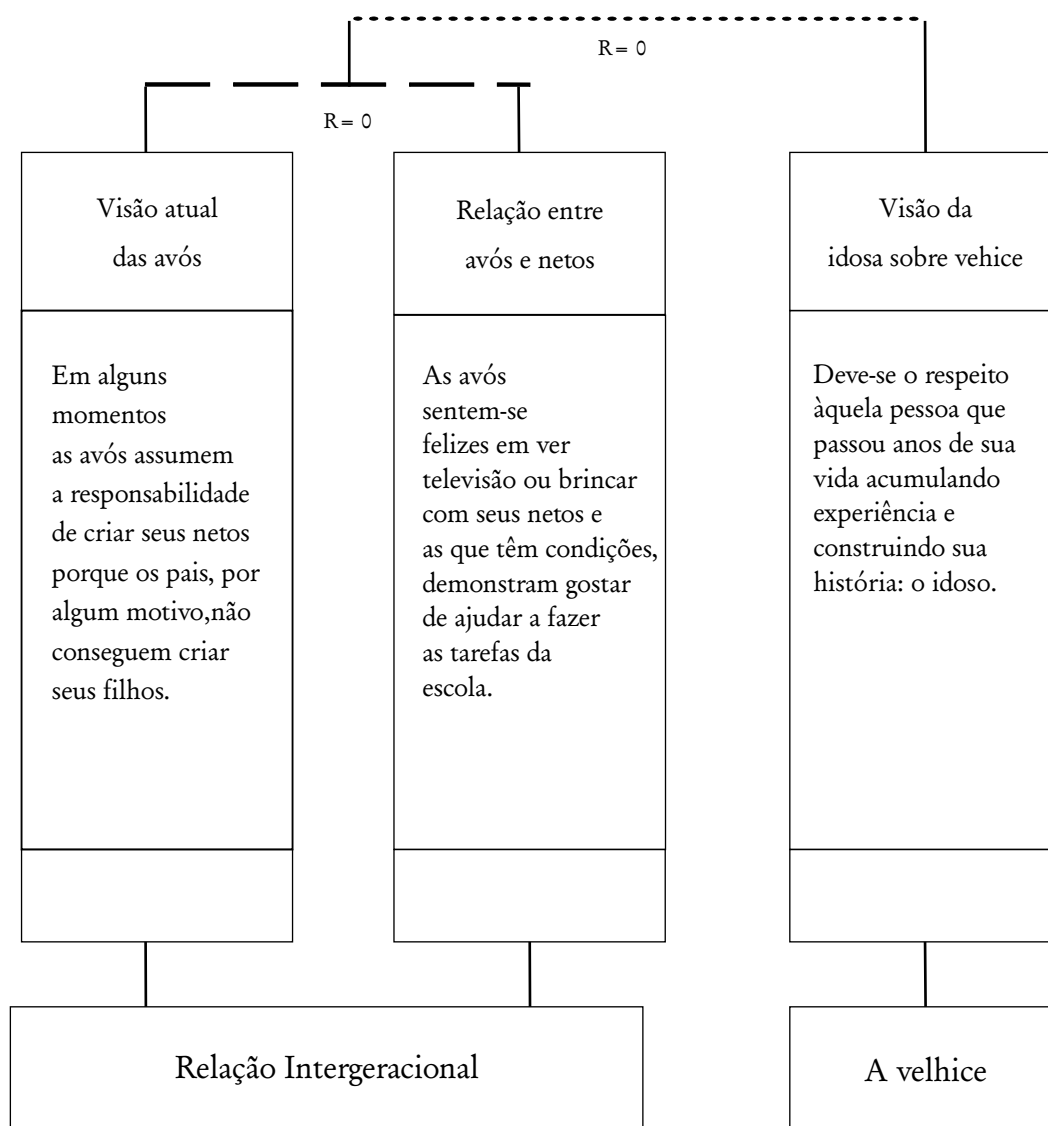


**Figura 1** - Relação entre as três classes geradas no programa ALCESTE, em entrevistas realizadas em Brasília, DF, 2009.

A Figura 2 mostra uma forma representativa atribuída para cada classe, reconstruindo o

discurso coletivo utilizando a relação entre as palavras, a frequência percentual com que apareceram e seu significado.





**Figura 2** - Reconstrução do discurso coletivo utilizando-se o programa ALCESTE, em entrevistas realizadas em Brasília, DF, 2009.

Entre os 17 netos das avós entrevistadas, apenas oito deles, com idade igual ou superior a nove anos, aceitaram ser entrevistados. Os dados de gênero, faixa etária, se filho(a) do filho ou filha, se moravam com as avós e número total de netos estão mostrados no Quadro 1.

Verificou-se que 75% dos netos entrevistados eram do gênero feminino, sendo a faixa etária predominante de 11 a 12 anos (62%). De todos os netos, 62% eram filhos da filha, sendo que 37% residiam com a respectiva avó (Quadro 1).

**Quadro 1** - Dados dos oito netos entrevistados em Brasília, DF. 2009.

Características	Nº netos	Frequências (%)
<b>Gênero</b>		
feminino	06	75
masculino	02	25
<b>Faixa etária</b>		
6 a 8 anos	-	-
9 a 10 anos	03	37
11 a 12 anos	05	62
Filho(a) do filho	03	37
Filho(a) da filha	05	62
Morava com a avó	03	37
Nº total de netos	08	100

Na análise das entrevistas realizadas com os netos, foram criadas categorias que revelaram

benefícios, sentimentos e significados<sup>13</sup>, como mostrado no Quadro 2.

**Quadro 2** - Categorias e subcategorias encontradas nas entrevistas dos oito netos, realizadas em Brasília, DF. 2009.

Categorias	Subcategorias
Benefício	Diversão
	Afeto
Sentimento	Orgulho
	Diferença
Significado	Desconhecido
	Previsível

A categoria *benefício* pretende apresentar, dentro do universo pesquisado, as falas que mostram os efeitos positivos da relação entre avós e seus netos no período da infância. Compreende como subcategorias: *diversão* e *afeto*. Observa-se na subcategoria *diversão* que o neto ou neta apresentam alegria e satisfação quando realizam determinada atividade junto com sua avó, como destacado a seguir.

(...) “Eu acho que quando a gente tá na cozinha a gente se diverte mais, eu acho que essa é atividade que eu mais gosto de fazer com ela”. (neto N02)

(...) “Ah... eu gosto muito de ficar com ela em casa”. (neto N03)

Evidenciam também a pura diversão pela companhia da avó, e o poder de compra levando à diversão, como a seguir.

(...) “Gosto de ir ao clube com ela”. (neto N05)

(...) “Acho que o melhor é ir no supermercado com ela”. (neto N06)

(...) “Sair com ela e ir para Taguatinga pra comprar... hum...”. (neto N08)

Na subcategoria *afeto*, o neto ou a neta valoriza o carinho dispensado pela avó, o qual reflete preferência e satisfação para ele, o que caracteriza o benefício, como a seguir.

(...) “Como ela é diferente, a gente vai mais na casa da outra avó, as vezes é melhor porque a gente recebe mais carinho, sei lá, não tem outros pra ficar preferindo”. (neto N02)

A categoria *sentimento* mostra a forma de expressão da relação entre avós e seus netos na perspectiva dos netos. É dividida nas subcategorias *orgulho* e *diferença*. Na subcategoria *orgulho*, há tentativa de demonstrar as qualidades pessoais da respectiva avó, ocorrendo demonstração de sentimento positivo, como a seguir.

(...) “Ela é mesmo uma vó nota 20!”. (neto N03)

(...) “Sim, pois mesmo com netos e ficando velha, ela tem um grande coração. Não mudaria nada”. (neto N05)

(...) “É, gostaria de ser igual a minha avó”. (neto N06)

(...) “Claro! Porque ela tem uma coisa assim que é incrível. Ela consegue atrair as crianças, fazerem elas felizes. Ela faz de um modo que eu não entendo, até já pedi a receita”. (neto N07)

Na subcategoria *diferença*, há demonstração de formas diferentes da relação entre as avós e seus netos, ocorrendo sentimento de inferioridade do neto em relação aos outros netos, devido à diferença demonstrada pela avó paterna e, ainda, à comparação com o tratamento dispensado pela avó materna, como a seguir.

(...) “No Natal, os presentes que ela dá pra eles são bem superiores, parecendo que ela prefere os outros netos. Já a minha avó Maria não faz isso”. (neto N02)

A categoria *significado da velhice* exprime o que é ser velho ou velha para os netos, sendo dividida nas subcategorias *desconhecido* e *previsto*. Na subcategoria *desconhecido*, entende-se que o neto ou a neta não encontra características para expressar o termo *velhice*, havendo a sensação de medo do desconhecido, como a seguir.

(...) “Eu acho que vai ser um pouco diferente da realidade que os velhos têm hoje, porque assim, a tecnologia vai evoluir bastante, então vai ser muito diferente. Vai ser bem diferente mesmo, eu acho”. (neto N01)

(...) “Eu já falei assim com meus amigos, eu acho estranho a gente falar. Vai ser estranho quando ficar velha. A gente se não imagina avó jogando vídeo-game”. (neto N02)

(...) “Não quero chegar lá tão cedo”. (neto N05)

Na subcategoria *previsto*, ao contrário da anterior, entende-se que o neto ou a neta apresenta conhecimento sobre a sua velhice, sugerindo que essa velhice não seja assustadora para eles, como a seguir.

(...) “Já pensei em ficar velha. Acho que vou ser igual a ela”. (neto N03)

(...) “Ah... vou ser igual a ela, né”. (neto N06)

## DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos nas classes 1 e 2, o grau de satisfação das avós na relação com seus netos, que se encontravam na faixa etária de seis a 12 anos, foi alto. As avós entrevistadas possuíam intenso vínculo com seus netos, ficando visível a felicidade que essa relação transmitia a essas avós. Este achado é equivalente aos encontrados na literatura<sup>14</sup>.

A responsabilidade, o carinho e o amor que as avós demonstraram foram construídos a partir da convivência em suas famílias, da criação de seus filhos e do acompanhamento das gestações de suas filhas até o nascimento dos respectivos netos<sup>15</sup>. A partir de então, a frequência de contato com o neto passou a ser fator importante no aumento dos efeitos positivos dessa relação, pois quanto maior o contato avó-neto, maior o número e o tempo de atividades executadas em conjunto, o que possibilita estabelecer uma relação mais forte entre os dois sujeitos.

De acordo com os resultados obtidos na classe 1, quando os filhos, por algum motivo, não

assumem seus próprios filhos, as avós incorporam a responsabilidade materna e se consideram as principais substitutas para essa atribuição. Os sentimentos das avós direcionados aos netos foram calorosos, pois as mesmas sentiram-se satisfeitas em apoiar, proteger e ensinar seus netos<sup>16</sup>.

A relação que as avós mantêm com seus netos vai se modificando à medida que os netos crescem. De acordo com os dados obtidos na classe 2, as avós entrevistadas mantiveram atividades como brincar, ver televisão e ajudar nas tarefas da escola de forma satisfatória para as mesmas, independentemente da faixa etária dos netos. Contar histórias infantis não apareceu como atividade importante, o que ocorreu nas histórias de vida, mostradas como experiências para os netos<sup>1</sup>.

Na categoria *sentimento*, houve demonstração de diferença na relação entre a avó materna e a avó paterna na perspectiva do neto, sugerindo uma relação mais próxima com a primeira. Considerando os resultados obtidos nas classes 1 e 2, há sugestão de que a relação das avós com os netos da linha materna é mais íntima do que com a da linha paterna, devido à proximidade da avó com sua filha, o que também confirma os dados da literatura<sup>1</sup>. As avós da linha materna tendem a se relacionar de forma mais íntima com seus netos e se tornarem mais frequentemente cuidadoras substitutas dos pais do que as da linha paterna. Assim, as avós maternas estão mais próximas à família e, conseqüentemente, aos netos, devido à confiança que as mães depositam nelas<sup>15</sup>. O papel da linha familiar como diferenciador das percepções dos netos a respeito da relação com suas avós é importante. As avós da linha materna são as verdadeiras figuras significativas para seus netos até a adolescência<sup>3</sup>.

No estudo atual, de acordo com os dados obtidos na classe 2, as avós mantiveram a responsabilidade em levar seus netos à escola, mesmo com os netos na faixa etária de nove a 12 anos, pois a palavra *afastamento* ou *distanciamento* não obteve frequência significativa na análise realizada pelo ALCESTE. Este dado está em desacordo com

a literatura, que mostra a responsabilidade das avós nessa atividade declinando consideravelmente nessa faixa etária dos netos, pois os mesmos adquirem progressivamente maior autonomia<sup>14</sup>.

As avós entrevistadas mantinham uma relação emocional de proximidade com seus netos, pois educavam, decidiam e os protegiam da maneira que podiam, sentindo-se satisfeitas com isso. Há sugestão de que o objetivo desse esforço seja a união da família e a evolução das futuras gerações. É provável uma tendência de que a mulher siga no papel de cuidadora de crianças, como demonstram os dados das classes 1 e 2. De modo geral, afeto e cuidado é dispensado pela maioria das avós.

Na dados da classe 3 sugerem uma solicitação de respeito por parte das avós idosas à sociedade na qual estão inseridas. As avós descrevem o idoso como uma pessoa que construiu sua história através da experiência acumulada e que, por isso, merece respeito.

Na pesquisa atual, 62% dos netos eram filhos da filha, sendo que 37% residiam com a respectiva avó. No Brasil, 64,7% dos idosos moram com filhos e/ou outros parentes no mesmo domicílio<sup>17</sup>.

Na visão dos netos, de acordo com a categoria *significado da velhice*, o envelhecimento pode causar medo, mas também pode ser previsível e não assustador. O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual, previsível e inevitável, próprio dos seres vivos, o qual envolve evolução e maturação, sendo determinado geneticamente e modulado ambientalmente<sup>18</sup>. As sociedades tradicionais possuem características específicas, sendo a prevalência da consciência coletiva em relação à consciência individual o seu traço essencial. O indivíduo não se pertence, mas pertence ao grupo, o qual se apresenta na forma da família, da religião e da tradição<sup>19</sup>.

Na realidade brasileira, há necessidade de tornar o homem crítico e consciente em relação ao significado da velhice e do valor cultural dos idosos. A imagem do ser velho hoje, numa

sociedade utilitária, é permeada por mitos e preconceitos que são incorporados e transmitidos por gerações. As crianças também exprimem esses preconceitos e mitos quando se trata da velhice<sup>20</sup>. Sendo a infância período da vida de significativa importância no processo de crescimento e desenvolvimento do ser humano, na qual a educação deve promover a autonomia através das experiências e vivências das crianças, refletindo e criando responsabilidades e fornecendo liberdade de escolhas, é essencial que aprendam a valorizar os idosos<sup>20</sup>.

Na perspectiva dos netos, a categoria *benefício* revelou a satisfação e o afeto sentido com o convívio com suas avós, o que demonstra a bidirecionalidade dessa relação. Assim, confirma-se o importante papel que as avós desempenham na vida dos netos.

Avosidade é tema ainda pouco estudado. Com as mudanças rápidas que ocorrem nas famílias na contemporaneidade, os avós estão ocupando novos papéis. Portanto, novas pesquisas devem ser feitas, com caráter horizontalizado ou verticalizado,

fazendo-se novas perguntas. Como inúmeros fatores determinam a configuração das relações entre avós e netos, deve-se questionar também sobre: a idade em que isso ocorreu, a incidência de outros netos, a história de relacionamento com os filhos e seus parceiros, a história de relacionamento com o próprio parceiro, o entendimento do envelhecimento pelo próprio avô/avó e determinações culturais, entre outros. Além disso, o papel do avô difere do da avó, tornando necessárias pesquisas focando essas diferenças.

O estudo atual revelou dados para a avaliação da relação intergeracional entre avós e netos, propiciando que as diferenças observadas nos comportamentos e nas atitudes abram caminho para novos estudos sobre avosidade. Compreender que mesmo durante a vida adulta ainda passaremos por muitas transformações, incluindo a avosidade, é o primeiro passo na construção de relações intergeracionais satisfatórias. Assim, espera-se que esta pesquisa seja uma semente jogada em terra fértil, que fará germinar novas plantas, pois avosidade é tema inesgotável.

## REFERÊNCIAS

1. Aratangy LR, Posternak L. Livro dos avós: na casa dos avós é sempre domingo? São Paulo: Artemeios, 2006.
2. Paz SF et al (Org.) Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: CBCISS; ANG-Rio, jul. 2000.
3. Triado C et al. El rol y la importancia de los abuelos para sus nietos adolescentes. Anuario 2000, v.31, n.2, p.107-118.
4. Dias CM & Silva MA. Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. Rio de Janeiro: NAU Editora, 1999.
5. Camarano A et al. Famílias: Espaço e Compartilhamento de Recursos e Vulnerabilidades. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
6. Castro OP. Velhice que idade é esta? Uma construção psicossocial do envelhecimento. Porto Alegre: Síntese, 1998.
7. Dias CM & Silva MA. Os avós na perspectiva de jovens universitários. Psicologia em Estudo 2003, v.8, n esp., p.55-62.
8. Gusmão NM. Infância e Velhice. Pesquisa de idéias. Campinas, SP: Alínea, 2003.
9. Araújo MR & Dias CM. Papel dos avós: apoio oferecido aos netos antes e após situações de separação/divórcio dos pais. Estudos de Psicologia 2002, v.7, n.1, p.91-101.
10. Redler P. Abuelidade. Nás Allá de La Paternidade. Argentina: Ed. Legasa, 1986.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
12. Reinert M. Alceste. Une Methodologie d'analyse des donnes textuelles et une application: aurelia de gerard de nerval. Bulletin de Methodologie Sociologique 1990, v. 1, n.26, p.24-54.
13. Guedes, HM. Idoso e arte: uma relação possível com a auto-imagem? Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

14. Osuna MJ. Relaciones familiares en la vez: vinculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. Revista Multidisciplinar Gerontologia 2006, v16, n1, p.16-25.
15. Leite I. Gênero, família e representação social da velhice. Londrina: Eduel, 2004.
16. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos Idosos Responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000. Disponível em < [http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/perfil\\_idosos.html](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/perfil_idosos.html) > . Acesso em 25 fev. 2007, 8:00:00.
18. Botelho MA . Idade Avançada – características biológicas e multimorbilidade. Revista Portuguesa Clinica Geral, Lisboa 2007, v. 23, p.191-195.
19. Cruz & Gomes (Orgs.) Envelhecimento dos povos tradicionais brasileiros: perspectivas e desafios. Brasília: Universa, 2008.
20. Mazutti C & Scortegagna HM. Velhice e envelhecimento humano: concepções de pré-escolares do município de Tapejara – RS. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano 2006, jul./dez., v.1, n.1, p.101-112.

Recebido: 31/7/2009

Revisado: 30/7/2010

Aprovado: 02/8/2010

# Percepções dos profissionais da saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-PI

*Perceptions of the professionals of the health of the family regarding the attention to the elderly in Teresina-PI, Brazil*

Maria do Socorro Silva Alencar<sup>1</sup>  
Ana Livia Ibiapina Leite<sup>2</sup>  
Sammia Valeska Ferreira Memoria<sup>3</sup>  
Josyléia Martins Sales de Sousa<sup>3</sup>

## Resumo

Estudo descritivo, exploratório e de campo desenvolvido no Curso de Especialização em Saúde da Família, em 2007, para conhecer a percepção da equipe de saúde da família sobre a atenção à pessoa idosa, em uma unidade mista de saúde em Teresina-PI. Serviu-se da abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas e da observação *in loco*. Os sujeitos foram os profissionais das quatro equipes da unidade: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, odontólogo e médico. Após leituras e releituras das entrevistas, estas foram ordenadas e analisadas em três categorias temáticas: *percepções* sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; *percepções* sobre as condições de saúde dos idosos; *percepções* sobre suas atitudes promocionais e preventivas ao envelhecimento ativo e saudável. As ações ainda não são norteadas no paradigma da capacidade funcional, como prevê a política de saúde. Embora as equipes se esforcem na atenção dos idosos e famílias, as atitudes são tímidas, isoladas e fragmentadas no município.

**Palavras-chave:** Pessoa Idosa. Percepções. Saúde da Família. Políticas Públicas.

## Abstract

It is a descriptive and exploratory field study developed in the Specialization Course on Family Health, in 2007, to know the perception of the family health team about the attention to the elderly, in a mixed health unit in Teresina, State of Piauí. It employed the qualitative approach with recorded and transcribed semi-structured interviews, and the observation *in loco*. The subjects were the professionals of the four teams of the unit: community health agent, nursing assistant, nurse, dentist and doctor. After readings and re-readings of the interviews, these were analyzed and organized in three thematic categories: *perceptions* on the National Policy of Health of the Elderly; *perceptions* on the conditions of health of the aged ones; *perceptions* on its promotional and preventive attitudes to the active and healthful aging. The actions are not yet guided by the paradigm of the functional capacity, as recommended by the health politics. Although the teams try to improve attention to the elderly and their families, the attitudes are shy, isolated and scattered in the city.

**Key words:** Elderly. Perceptions. Health of the Family. Public Policies.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição SG 13. Teresina, PI, Brasil.

<sup>2</sup> Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

### Correspondência / Correspondência

Maria do Socorro Silva Alencar  
Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde - CCS, Departamento de Nutrição SG 13. Campus Ministro Petrônio Portella, s/nº  
64049-550 -Teresina, PI, Brasil  
E-mail: mary\_helpsa@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O artigo tem como objetivo conhecer as percepções dos profissionais da equipe de saúde da família sobre a atenção à pessoa idosa em uma unidade mista de saúde de Teresina-PI. Questiona-se esta atenção no serviço de saúde em relação às ações para o envelhecimento ativo e saudável, tomando como parâmetro o desempenho da equipe multiprofissional em consonância às prerrogativas das políticas públicas do campo da saúde.

Para além do registro em si dessas percepções, busca-se a interlocução com outros atores e instituições que se preocupam com o envelhecimento atual. Portanto, busca também reforçar o movimento social que discute a implementação da atenção ao idoso na estratégia de saúde da família no município.

A atenção ao público idoso tem como parâmetro as ações e procedimentos legais, formulados por diferentes agentes políticos, dentre as quais a Lei nº 8.842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI); o Decreto nº 1.948/96, que regulamenta esta lei; a Lei nº 10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)<sup>14</sup>.

Esse conjunto de políticas preconiza, para o setor de saúde, a implementação de ações que busquem a promoção do *envelhecimento ativo e saudável*. Por sua vez, a PNSPI tem como eixos os idosos independentes e os idosos frágeis ou em processo de fragilização. Este último é o alvo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na estratégia de saúde da família (ESF). Esta estratégia, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, no âmbito federal, apoia-se na participação e responsabilidade das esferas estaduais e municipais<sup>2,3,5</sup>. Assim, as diretrizes desta política estão baseadas no paradigma da *capacidade funcional*, no qual o alcance do envelhecimento saudável, requer ações capazes de manter e melhorar a vida do idoso a partir da prevenção de doenças e recuperação da saúde, bem como garantir a convivência do mesmo no meio social, especialmente de forma autônoma e independente em suas ações cotidianas<sup>4,7</sup>.

Daí a ESF ser vista como o mecanismo preponderante voltado aos princípios básicos referentes à atenção da população desde a infância até a velhice. No tocante à velhice, a PNAB<sup>5</sup> e o Caderno de Atenção Básica nº 19<sup>6</sup> apontam para a abordagem das mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento e a identificação antecipada das alterações fisiopatológicas que possam vir a ocorrer. Isso é possível se houver a avaliação multidimensional da *capacidade funcional*, entendida “como um novo paradigma de saúde, no qual o envelhecimento saudável resulta da interação entre saúde física, saúde mental, integração social, suporte familiar e independência econômica”<sup>7</sup>. Requer, portanto, dos agentes políticos envolvidos na saúde da família, a tomada de atitudes para as mudanças necessárias na gestão da saúde existente, tais como conscientização dos gestores para estruturação e organização dos serviços, dos recursos humanos (em particular, capacitação de profissionais em gerontologia social) e materiais; estruturação dos sistemas de referência e contrarreferência; respeito aos princípios do SUS, além de avaliação das ações que permeie a efetivação dessas políticas<sup>8,9</sup>.

Apesar de todo esse avanço nas leis específicas que anteparam a pessoa idosa e dos avanços da medicina e da saúde pública do século anterior, que contribuíram para o atual envelhecimento dos brasileiros, os esforços para a implementação da saúde do idoso são pontuais e desarticulados, como afirmam Veras et al.<sup>10</sup>. Verifica-se também que a maioria das atitudes no cotidiano dos serviços ainda não vislumbra essa atenção segundo o paradigma da *capacidade funcional*<sup>7,9</sup>.

Disso resultam uma assistência fragmentada e interligada apenas ao declínio do processo biológico, centrada nas ações de cunho curativo em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde<sup>9,10</sup>. Por isso, o envelhecimento atual desafia o Estado, a sociedade, a família e, principalmente o sistema de saúde, não apenas pelo impacto do cenário estatístico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que demonstrou uma elevação de aproximadamente 17 milhões entre as pessoas com 60 anos e mais, correspondendo a 9,6% da população brasileira,



mas sobretudo pelas profundas implicações nas políticas de seguridade social - a Assistência, a Previdência e a Saúde<sup>6,11-13</sup>.

E, ao que se sabe, os fóruns nacionais têm realçado o despreparo do Estado, sociedade e família no tocante à questão, embora algumas propostas, seja no campo das ações governamentais, na iniciativa privada ou filantrópica ou no espaço acadêmico, já comecem a ter alguma visibilidade na atenção à pessoa idosa.

## METODOLOGIA

O artigo resulta de uma pesquisa descritiva, exploratória e de campo, a partir do projeto “O Idoso e a Atenção Básica: percepção dos profissionais de uma unidade mista de saúde de Teresina-PI”, do Curso de Especialização em Saúde da Família. Foi realizada em 2007, tendo como cenário uma unidade mista de saúde da zona norte deste município, escolhido por conveniência, o qual congrega quatro equipes de saúde da família, sendo duas do próprio bairro e duas de áreas circunvizinhas.

As equipes atendem mensalmente a uma demanda em torno de 1.350 adultos com 60 anos e mais; cada uma é composta pelos seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico e seis agentes comunitários de saúde, sendo cada agente responsável por uma microárea. Os usuários dos serviços apresentam demandas diferenciadas, uma vez que a unidade tem caráter misto (serviço de maternidade e de unidade de saúde) com ações terapêuticas, de prevenção e de promoção.

Valeu-se da abordagem qualitativa, definida por Minayo<sup>14</sup> como aquela que responde “a questões muito particulares, do campo das ciências sociais, que se preocupa com o nível da realidade que não pode ser quantificado, nem reduzido à operacionalização de resultados”.

A abordagem qualitativa volta-se para dados que são produzidos pelas interações interpessoais,

provenientes da coparticipação das situações em que os informantes estão envolvidos, onde o pesquisador dar ênfase à análise do conjunto de sentidos e significações que estes atribuem a seus atos. Requer sua participação e envolvimento na realidade investigada para compreendê-la e interpretá-la a partir dos objetivos do seu estudo<sup>15,16</sup>.

O procedimento de coleta das informações utilizou-se da entrevista semiestruturada, recurso que favorece uma interação do entrevistador com o entrevistado e oportuniza a observação não só do entrevistado, como da situação como um todo na obtenção de informações. Os dados produzidos ainda não foram registrados ou documentados, uma vez que se utilizam as respostas (discursos) para construção de um novo conhecimento sobre o objeto de estudo<sup>14,15,17</sup>.

A mesma é vista como uma articulação entre a entrevista estruturada e a não-estruturada, pode deixar o entrevistador livre para explorar pontos de interesse ao longo do processo, proporcionando maior flexibilidade e consequente enriquecimento da investigação<sup>14</sup>. Foram gravadas em MP3 *player* com posterior transcrição e análise dos discursos, até ocorrer a saturação das informações. O uso do gravador evita a perda de informações, portanto, é um recurso adequado ao registro de todos os dados úteis à pesquisa<sup>15</sup>. Além disso, acompanharam-se as atividades de campo dos profissionais, o que possibilitou melhor observação, análise e interpretação das informações deste estudo.

A escolha dos entrevistados envolveu as quatro equipes, das quais foram selecionados profissionais das seguintes categorias: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, odontólogo e médico. Os anos de profissão dos sujeitos do estudo variaram de três a 20 anos e o tempo de trabalho na equipe, de dois a oito anos.

Foram respeitados os direitos de participação na pesquisa, considerando-se como critérios de inclusão: profissional estar na equipe há pelo menos um ano e desempenhar atividades junto aos idosos. Todos os sujeitos

foram informados dos objetivos do estudo, tendo-lhes sido garantidos o anonimato e o direito de desistir de participar a qualquer momento. Ao aceitar, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido que informava todo o processo da pesquisa, segundo os princípios norteadores dispostos na Declaração de Helsinki e na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde<sup>18</sup>. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de ensino superior (protocolo nº 0116.0.043.000-06).

Os discursos foram descritos, analisados, interpretados e categorizados por relevância temática, o que, segundo Minayo,<sup>14</sup> é um método que envolve elementos ou aspectos que apresentam características comuns ou que se relacionam entre si, podendo ser estabelecidas antes do trabalho de campo e, ou, na fase de obtenção das informações. Neste estudo, definiram-se as categorias simultaneamente à descrição dos discursos, otimizando-se assim, a análise e interpretação das mesmas.

Por isso, o momento de produção das informações proporcionou às pesquisadoras a compreensão dos sentidos e significados que cada pesquisado atribuiu ao cuidado da pessoa idosa, nesse nível da atenção à saúde, bem como a observação das atitudes dispensadas a mesma durante o atendimento oferecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As percepções dos profissionais sobre a atenção à pessoa idosa agregam as questões levantadas nas entrevistas em consonância com o leque de informações pertinentes e relevantes sobre o envelhecimento, no campo da promoção da saúde. Foram importantes instrumentos para se compreender como ações estão sendo construídas, para fazer frente às demandas do público idoso, em uma realidade específica e como os profissionais percebem essas atitudes em prol da atenção a esse contingente da população, no atual modelo de saúde pública.

A análise e interpretação dos discursos, bem como as observações *in loco*, permitiram ordená-los em três categorias: *percepções* sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa; *percepções* sobre as condições de saúde dos idosos; e *percepções* sobre suas atitudes promocionais e preventivas para o envelhecimento saudável.

### Percepções (dos profissionais) sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI

Apreende-se que a equipe multiprofissional já esboça algum conhecimento sobre a necessidade de implementar medidas na ESF que possa nortear a discussão da gestão da atenção, ora existente, e orientar a participação do idoso quanto às questões de saúde, como observam os depoentes:

*“a pessoa está sendo vista, valorizada, já conquistando seus direitos, inclusive na Constituição o idoso praticamente não existia [...] hoje nas diretrizes do SUS está como primeiro...” (D2).*

*“(...) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem grande preocupação em manter esse idoso com sua capacidade funcional satisfatória” (D4).*

Demonstraram elementos que existem legalmente e que podem servir de base às ações de saúde na ESF, no intuito de prevenir doenças e/ou incapacidades no período da velhice, tendo em vista a manutenção da *capacidade funcional* dos idosos, principal diretriz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>4,6,7,19</sup>.

Observa-se, ainda, que o crescimento demográfico no país descortina implicações para as políticas de seguridade social, saúde, assistência e previdência social, além das condições socioeconômicas e culturais em que o envelhecimento da população vem se consolidando:

*“[...] na verdade sabemos que ainda tem muito preconceito. Sempre se acha que o idoso não tem consciência e depende muito das outras pessoas, ainda termina as pessoas não acompanhando e valorizando o idoso. Sempre acha que ele é uma pessoa marginalizada, que não está contribuindo...” (D3).*

Apesar de a constatação precedente ratificar o despreparo do Estado, da sociedade e da família com o envelhecimento, desrespeitando-o e desvalorizando-o, ao exaltar a cultura do novo, do imediato e do efêmero, os estudos demonstram que o crescimento da população idosa no país, neste curto espaço de tempo, modificou, em aproximadamente 15 anos o perfil da população brasileira, que até a década de 1970 credenciava o Brasil como um país de jovens<sup>6,12,13,20</sup>. Por isso, têm mudado as perspectivas e atenções destinadas a esse segmento etário.

Tal cenário propiciou, por parte das autoridades governamentais, em especial na esfera federal, o desenvolvimento de políticas destinadas à promoção de um envelhecimento ativo e saudável, fato este que começa a ser discutido nas ações do campo da atenção básica<sup>4,5,7</sup>.

Os depoimentos e as observações no ambiente inquirido, mediados na rotina dos profissionais, reafirmam que as querelas do envelhecimento populacional constituem desafio atual para governo e sociedade, por se tratar de uma questão multidimensional e multifacetada, uma vez que é influenciado por diversos fatores, tais como: o ambiente físico e funcional com as relações intergeracionais; a relação profissional de saúde com a pessoa idosa; profissional de saúde com os familiares; a história clínica (aspectos biológicos, psíquicos, funcionais, bem como do exame físico) e condições socioculturais<sup>7,19,21,22</sup>.

Embora os profissionais investigados não apresentem uma qualificação no campo gerontológico, transversalmente aos relatos, verifica-se que há certa preocupação quanto à importância do trabalho voltado às necessidades da pessoa idosa, na medida em que eles se colocam sobre a questão do venha a ser o envelhecimento saudável:

*“não que a pessoa tenha que ser 100% saudável, mas que ela possa desfrutar de uma vida legal, ela possa realizar seus desejos, nas condições financeiras dessa pessoa e, que seja feliz, acho que é basicamente essa realidade” (D5).*

Ou seja, como afirma Ramos<sup>7</sup>, o envelhecimento agregado às diferentes formas de

viver à velhice, considerando as diferenças socioeconômicas, de gênero e educacionais.

Atitudes dessa natureza podem despertá-lo para um convívio social mais ativo, com maior prazer em viver, além de contribuir na preservação, manutenção ou melhoria da sua *capacidade funcional*<sup>4,7</sup>. Pode também despertar a equipe da atenção básica para as atividades coletivas da instituição, ou ainda, somadas ao apelo dos demógrafos e dos gerontólogos, apontar para as mudanças que visem à melhoria da qualidade de vida daqueles que procuram o serviço. Este fato talvez possa facilitar a inclusão dos mesmos na ESF, tendo em vista o cuidado mais qualificado à pessoa idosa.

Assim, a PNAB predispõe que o trabalho das equipes da saúde da família (na atenção básica) inclua as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação nas redes sociais dos usuários, como recursos indispensáveis para a atuação nas dimensões cultural e social<sup>4,6</sup>.

Na prática desta unidade, o trabalho das equipes constitui-se por demanda espontânea ou por busca ativa (identificada por meio de visitas domiciliares), no qual o agente comunitário de saúde (ACS) assume papel preponderante. Segundo o Ministério da Saúde<sup>23</sup>, o ACS é capacitado para interagir com as famílias visitadas por ele, os membros da equipe e o serviço. Ou seja, é tido como o facilitador das orientações de prevenção de agravos e doenças e de promoção da saúde das mesmas. Espera-se que os profissionais que atuam na atenção às famílias estejam preparados para o processo de diagnóstico multidimensional dos idosos<sup>4,7,23</sup>.

É mister destacar que todo o trabalho da equipe de atenção básica da saúde da família deve buscar sempre a autonomia dos usuários frente a suas necessidades que otimizem as condições para melhoria da qualidade de vida das famílias<sup>3-6,23,24</sup>.

Além disso, o pacto pela saúde, visando a superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, preconiza que o município organize sua assistência a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação

da gestão, referendado nas três dimensões das esferas do SUS – pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS. Para tal, estabeleceram-se metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, sendo que as prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local<sup>5,24</sup>.

Isso é reafirmado pela PNAB quando são ressaltadas as seis prioridades que os estados/região/município devem pactuar nas ações necessárias ao alcance das metas e dos objetivos: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica<sup>5,24</sup>.

Aos gestores do SUS compete planejar as ações para o enfrentamento do envelhecimento contemporâneo, norteadas na saúde do idoso, na promoção da saúde e no fortalecimento da atenção básica. Compromisso frente à atual situação da saúde da população brasileira, promulgado no pacto em defesa da vida, que constitui um conjunto de compromissos que deverão se tornar evidências nos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um<sup>24</sup>.

### Percepções sobre as condições de saúde dos idosos

Outra abordagem evidenciada pelos investigados sobre a atenção ao idoso refere-se aos condicionantes de saúde, os quais incorporam aspectos relevantes que possam interferir diretamente na *capacidade funcional*, ou seja, pode-se afirmar que a saúde, especialmente da pessoa idosa, onde há uma sutil diferença entre o fisiológico e o patológico, sofre influência de agravos como hipertensão, diabetes, dentre outros:

*“[...] é elevado os casos de hipertensão, diabetes e doença nos ossos” (D1),*

*“[...] artrite reumatóide, e alterações cardiovasculares...” (D3).*

Os relatos reafirmam que os idosos atendidos pelas equipes multidisciplinares apresentam condicionantes que coexistem com o envelhecimento. Segundo achados de outras pesquisas, as enfermidades, especialmente os agravos e doenças não-transmissíveis (DANT), são uma constante na fase da velhice. Como afirma Ramos<sup>7</sup>, “apesar da maioria dos idosos portarem, pelo menos, uma doença crônica” isso não se caracteriza como fator que o impede na realização das suas atividades cotidianas e instrumentais de vida diária.

Este panorama provém do Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) do serviço. Face às complicações que podem advir em longo prazo, as equipes orientam os usuários deste programa, sobre intervenções terapêuticas individualizadas e coletivas, necessárias para minimizar tais complicações. Por isso, o acompanhamento frequente nas consultas e nas visitas domiciliares requer a educação em saúde de forma mais eficiente.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes (também mencionado por D1), representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. Entre as pessoas idosas, a HAS é altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% desta faixa etária<sup>6</sup>.

Outro condicionante apontado nas falas relaciona o estilo de vida saudável dos usuários à adoção de cuidados com a alimentação, a prática de exercícios físicos regulares e, em alguns casos, ao uso correto da medicação:

*“[...] a gente procura dar informações sobre dieta, sobre exercícios físicos, o próprio tratamento correto...” (D5).*

Dessa forma, os condicionantes de saúde podem ser compreendidos em consonância com as diretrizes da PNSPI, no que concerne ao envelhecimento ativo e saudável, uma vez que preconizam as ações outrora relatadas como imprescindíveis à qualidade de vida na etapa da velhice<sup>4,7,19</sup>.

Nesta perspectiva, a busca pela saúde é algo inerente ao ser humano. Acompanhando esse pensamento, o envelhecimento saudável faz menção ao cuidar e à atenção necessária nessa fase da vida, até porque as falas realçam as reais condições do processo saúde-doença dos usuários deste serviço.

O contato direto com os profissionais nas entrevistas possibilitou a descrição de vários fatores que, segundo estes, são indicativos das condições de saúde do idoso e, por isso, são sempre considerados nos momentos de interação, quer seja na consulta médica e/ou de enfermagem ou nas atividades de promoção da saúde (orientações nutricionais e de atividade física; eventos educativos e visitas domiciliares), possibilitando, desta forma, aos profissionais, uma avaliação do estilo de vida atual, bem como das doenças instaladas, pela sua evolução ou pela eficácia do tratamento.

Pode-se observar, também, a partir de D5, que as equipes já incluem algumas orientações educativas na atenção dispensada a esse usuário do HIPERDIA, recomendações estas, legitimadas na política de saúde<sup>4</sup>. Mas, o que Ramos<sup>7</sup> e as diretrizes da PNSPI<sup>4</sup> advertem para a atenção à pessoa idosa é que esta tenha sua autonomia e independência preservadas, mesmo portando um ou mais agravos ou doença.

Percebe-se que é imprescindível uma postura pró-ativa dos idosos nas mudanças do estilo de vida e que a equipe de saúde deve procurar preservar a autonomia dos idosos, na medida em que compartilha informações importantes (sobre dieta balanceada; prática de atividade física regular; otimismo; esclarecimentos sobre a doença; tratamento medicamentoso correto) à melhoria de sua saúde e não as impõe de forma dissociada da realidade.

## Percepções sobre suas atitudes promocionais e preventivas para o envelhecimento saudável

A saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção do estilo de vida saudável é uma ação estratégica preconizada na PNAB e PNSPI. Portanto, fazer valer esta estratégia em orientações que estimule a adoção de hábitos saudáveis poderá evitar os riscos provocados pela inatividade física, práticas alimentares errôneas, uso inadequado da medicação, tabagismo, dentre outros<sup>4,5,7</sup>.

Sobretudo, porque enfermidade não é uma consequência inevitável da velhice, nem tampouco está limitada a esta população. Pelo contrário, o envelhecimento associa-se a um bom nível de saúde, em especial para aqueles que têm acesso a serviços de saúde. No entanto, esse acesso é um fator limitante nos países em desenvolvimento, em razão das desigualdades socioeconômicas e educacionais<sup>10</sup>.

Neste sentido, os benefícios da prática corporal/atividade física, bem como de uma dieta balanceada, são temas amplamente documentados e discutidos no meio científico. Por isso os profissionais indicam essas práticas de forma incisiva:

*“Nós oferecemos orientação, atividades no posto e palestras” (D2), além de “Incentivar a se alimentar melhor, procurar o médico cedo pra fazer um check-up pra ver possíveis doenças para cuidar antes, cuidados com alimentação, higiene” (D1).*

As equipes, neste estudo, apontam que a promoção, prevenção, manutenção e/ou, recuperação da saúde dos idosos está intimamente relacionada à incorporação, por estes, de um estilo de vida saudável, mediada pela compreensão e adoção das orientações profissionais. Contribuem assim, na melhoria do prognóstico das DANT, além de favorecer um prolongamento da vida ativa, ou seja, a pessoa idosa permaneceria por mais tempo autônoma e independente nas suas atividades de vida diária<sup>6,7,19</sup>.

A ênfase nas ações de educação em saúde se configura, nesta experiência, como um importante balizador das ações previstas pela

PNAB no campo do envelhecimento, uma vez que proporciona uma relação de humanização entre a equipe e os demandatários do serviço. Ressalta o depoente:

*“a gente tem promovido as reuniões de hipertensos e diabetes, sempre levando alguma mensagem de auto-estima, reforçando a importância de está fazendo o tratamento, dieta, atividade física, para ter e incentivar a boa qualidade de vida” (D3).*

Trentini et al<sup>25</sup> explicitam que o “cuidado à pessoa idosa inclui a prevenção e o tratamento de agravos como: artrose, diabetes e hipertensão, sem desconsiderar a adoção de atividades laborais para mudar o modo de pensar a vida na velhice”. Este posicionamento não desconsidera o emaranhado social no qual o envelhecimento se constrói; há perdas biológicas, mas há outros elementos contextuais que desfavorecem o alcance do envelhecimento bem-sucedido em nosso país<sup>25</sup>.

A velhice dos brasileiros possui características próprias de sua estrutura social, diferindo de região para região, considerando-se as múltiplas dimensões de ordem social, política, cultural e econômica<sup>26</sup>. Mesmo assim, experiências demonstram que o investimento na atenção, sobretudo na prevenção de doenças e promoção de saúde, poderá propiciar ao indivíduo a exploração de suas potencialidades e consequente adesão ao trabalho da equipe. Considera-se que cada pessoa é um ser único, que ao longo de sua trajetória de vida foi influenciado por eventos de natureza fisiopatológica, psicológica, social, cultural e econômica, os quais serão decisivos na velhice bem ou malsucedida<sup>19,25-27</sup>.

Com essa perspectiva, os depoentes ressaltam:

*“nossa equipe começa a dar atenção na iniciativa das caminhadas, dos programas de saúde [...] notamos que eles têm uma melhoria na saúde” (D1).*

*“[...] basicamente à promoção de saúde para que este idoso venha minimizar suas incapacidades e uma destas promoções é a mudança de hábitos de vida,*

*com a finalidade de se ter um envelhecimento saudável” (D4).*

*“fazemos alongamento e depois 03 vezes caminhada e depois relaxamento e respiração [...] já fizemos passeio ao zoológico, ao encontro dos rios, onde eles participam” (D3).*

No entanto, ainda encontram-se atitudes, por parte de profissionais, que valorizam apenas o tratamento médico, com ênfase no modelo biomédico, hegemônico e centrado na clínica, como o eco da seguinte fala:

*“A qualidade de vida do idoso depois que foi implantado a ESF melhorou bastante, porque eles estão tendo esse acompanhamento, estão sendo orientados quanto a suas doenças, a tomar o medicamento certo [...] Então à estratégia veio melhorar mesmo e está melhorando a qualidade de vida desses idosos” (D2).*

Por isso, o movimento de promoção de saúde veio, não para se opor, mas para preencher essa lacuna e propor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico, em que a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável, requerem medidas de foro ambiental, econômico, sociocultural e legislativo para sua efetivação<sup>4,5</sup>.

A implantação do ESF, neste cenário, sinalizou possíveis mudanças na vida dos idosos, muito embora não haja relatos que registrem a continuidade da atenção e, tampouco, fizeram alusão à interação entre as orientações (consultas; palestras, visitas domiciliares, procedimentos) desenvolvidas com os idosos e, entre os membros das equipes, na realização das mesmas.

Mesmo assim, a maioria destacou a sociabilidade do idoso como fator potencial para qualidade de vida, pois incluem as relações de convivência familiar, o estabelecimento do vínculo social com a comunidade (outros idosos e outras gerações), já que a saúde é um dos bens mais valorizados pelo indivíduo e de fundamental importância para qualquer sociedade.

## CONCLUSÃO

No cenário atual, em que o processo de envelhecimento é tido como um aspecto cada vez mais marcante na sociedade brasileira, muitos são os interesses e as atenções que se voltam para a questão.

Pode-se evidenciar, a partir dos relatos, como os idosos estão sendo atendidos e que tipo de atenção recebem dos profissionais dessa unidade de saúde. Apesar do incentivo para maior autonomia e socialização dos idosos que possam contribuir para sua qualidade de vida, as iniciativas ainda são muito tímidas, isoladas e fragmentadas. Isso tem sido demonstrado também em outros estudos nacionais, nos quais a crítica recai sobre o tipo de atenção básica existente, o modelo de gestão em saúde e a falta de capacitação dos integrantes da equipe de saúde da família<sup>9</sup>.

A atenção está mais centrada na recuperação e tratamento, considerando que a demanda dos idosos provém do programa HIPERDIA, cujo objetivo recai sobre o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Muito embora, incluam-se nesta atenção, atitudes que buscam discutir a autonomia e a socialização dos idosos que demandam o serviço<sup>4,7</sup>.

Percebeu-se, ainda, que os profissionais de saúde, mesmo não sendo capacitados em Gerontologia social, esforçam-se em oferecer atendimento à pessoa idosa, considerando os princípios da atenção básica baseado nos princípios do SUS<sup>5</sup>, contudo a avaliação da *capacidade funcional*<sup>7</sup> ainda não faz parte das ações no âmbito da estratégia saúde da família, no município de Teresina-Pi.

Por isso, as sucessivas discussões entre profissionais, gestores de saúde e a própria sociedade em torno do envelhecimento contemporâneo e da aplicabilidade das políticas públicas à pessoa idosa são um movimento em construção, que se configura em desafio ao Estado, sociedade, família e sistema de saúde. Movimento este que precisa também envolver os idosos, que são os principais protagonistas deste fenômeno atual, social e irreversível no cenário brasileiro.

Muito se tem a percorrer, apreender e discutir em conjunto, no sentido de ampliar e provocar as mudanças necessárias no atual modelo de saúde, que comporte a assistência à pessoa idosa. Mas a responsabilidade é de todos os que acreditam na ESF como porta de entrada dos serviços básicos para as famílias e suas demandas específicas.

No entanto, parafraseando Camargo Jr.<sup>28</sup>, o maior desafio talvez seja o de “compatibilizar uma concepção abrangente de justiça social includente que possa ao mesmo tempo dar conta das especificidades de certas comunidades mais vulneráveis (entre elas as dos mais idosos) da população”.

## AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a Francisco de Assis Silva Alencar, Técnico em Assuntos Educacionais do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia/PI, pela valiosa contribuição na revisão ortográfica e construção do abstract deste manuscrito, sem a qual o texto não teria a mesma densidade teórica.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1994 jan 04.
2. Brasil. Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1996 jul.03.
3. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicação, 2003. 63 p. [acesso 2009 jan.30]. Disponível em: < <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/70326> > .
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências; 2006. [acesso 2009 jan. 30]. Disponível em: < <http://www.ciape.org.br/PolíticaPIIdosa2528.pdf> > .
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*; 2003, 19(3):793-97.
8. Peres EM. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. *Chía Colômbia*; 2007, ano 7, 7(1):64-76.
9. Vieira E, et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *RBPS*; 2004,17 (3):119-26.
10. Veras RP, et al. Demographic characteristics of elderly people provided with supplementary health care. *Rev. Saúde Pública*; 2008, 42(3):497-502.
11. Giacomini KC, et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública*: Rio de Janeiro; 2005,21(1):80-91.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Contagem da população 2007. Rio de Janeiro, IBGE: 2007. [acesso 2009 jan.30]. Disponível em URL:<<http://www.ibge.gov.br>>.
13. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*;1987,21(3):211-24.
14. Minayo MCS. Organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
15. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 6 ed. São Paulo: Cortez; 2001.
16. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2a. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Dencker AFM, Viá SC. Pesquisa empírica em ciências humanas (com ênfase em comunicação). 1 ed. São Paulo: Futura; 2001.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 196/96. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. 1996 out 10.
19. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro;2003,19(3):839-47.
20. Veras RP. A Longevidade da população: desafios e conquistas. *Rev. Serviço social e Sociedade* 2003; XXIV (75):5-18.
21. Alencar JE, Queiroz TA. Médicos de um programa de saúde da família e a assistência prestada ao idoso. In: Almeida MI, Nóbrega-Therrien SM. *Temas em saúde da família: práticas e pesquisas*. Fortaleza: Ed UECE; 2005.
22. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Py L, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Cap.6, p.58-70.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para



- os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed Ministério da Saúde; 2006.
25. Trentini M. et al. Enfretamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):38-45.
  26. Silva MCQ. Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica. [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Mestrado Interinstitucional da Capes Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane; 2004.
  27. Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. *Ver. latino-am Enfermagem* 2000; 8(5):85-90.
  28. Camargo Jr KR. A solidariedade social como utopia necessária. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; 13(4):1112-117.

Recebido: 26/11/2009

Aprovado: 03/9/2010



# Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão

*Tools for assessing the pharmacotherapy of the elderly: a review*

Juliana Vasconcelos Quinalha<sup>1</sup>  
Cassyano Januário Correr<sup>1</sup>

## Resumo

O envelhecimento é definido, no contexto cronológico, como sendo a partir de 60 anos nos países em desenvolvimento como o Brasil e a partir de 65 anos nos países desenvolvidos. Estudos mostram que, em termos absolutos, o Brasil será o 6º país com a maior população idosa do mundo até o ano de 2025. Este dado se torna preocupante quando se percebe que os profissionais da área da saúde não estão preparados para atender essa demanda. São os idosos as pessoas que possuem maior número de diagnósticos e de uso de medicamentos; assim, a possibilidade do surgimento de problemas relacionados aos medicamentos é superior quando comparada à de pessoas jovens. Portanto, há necessidade de profissionais com conhecimento sobre as alterações fisiológicas e farmacológicas que ocorrem nos idosos, bem como sobre o uso de medicamentos por este grupo, a fim de avaliar a terapia prescrita e, quando necessário, sugerir alterações para otimização do tratamento. O farmacêutico pode ser este profissional. Este artigo traz uma revisão de alguns instrumentos de avaliação da farmacoterapia do idoso e os disponibiliza para que os profissionais possam utilizá-los durante o processo de acompanhamento destes pacientes.

**Palavras-chave:** Geriatria.  
Farmacoterapia.  
Instrumentos de avaliação.

## Abstract

Aging is defined, in chronological context, as being over 60 years in developing countries like Brazil and over 65 in developed countries. Studies show that, in absolute terms, Brazil will become the 6th country with the largest elderly population in the world by 2025. This finding is worrying when you realize that health professionals are not prepared to meet this demand. Elderly people are the ones who have higher number of diagnoses and use of drugs, so the possibility of the emergence of problems related to drugs is higher when compared to that of young people. Therefore, there is a need for professionals with knowledge about the physiological and pharmacological changes that occur in the elderly as well as on the use of medicines

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná. Departamento de Farmácia. Grupo de Pesquisa em Prática Farmacêutica. Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*

Cassyano Januário Correr  
Universidade Federal do Paraná. Departamento de Farmácia  
Av. Prof. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico  
80210-170, Curitiba, PR, Brasil  
E-mail: cassyano@ufpr.br

by this group in order to evaluate the therapy prescribed and, when necessary, suggest changes to optimize the treatment. The pharmacist can be this professional. This paper presents a review of some tools for evaluation of pharmacotherapy of the elderly and provides them for professionals, that can use them while monitoring these patients.

**Key words:** Geriatrics. Drug therapy. Tools of assessment.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional ocorre quando a taxa da população considerada idosa (60 anos ou mais no Brasil) é maior do que a da população de jovens. Isso pode acontecer devido a reduções na fecundidade e na mortalidade. Como consequência, a distribuição na pirâmide etária modifica-se, aumentando a idade média e a participação dos idosos no total da população, o que implica maior frequência de internações, maior número de consultas e maior uso de medicamentos<sup>1</sup>. Dentre os países mais populosos do mundo, o Brasil é o que apresenta maior velocidade no processo de envelhecimento demográfico. De acordo com as projeções das Nações Unidas e do IBGE, até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país com maior população de idosos do mundo<sup>1,2</sup>.

Vários fatores podem influenciar a segurança, efetividade e sucesso da terapia farmacológica. Entre eles encontram-se as alterações anatômicas e funcionais naturais do envelhecimento (processo este conhecido como senescência) e por afecções que acometem o indivíduo idoso (processo denominado de senilidade), assim como a presença de múltiplas doenças, a polifarmácia, aumento da suscetibilidade a reações adversas a medicamentos (RAM's), mudanças na farmacologia e problemas na adesão ao tratamento<sup>3,4</sup>. É importante estar atento ao que faz parte da senescência e o que faz parte da senilidade, para não iniciar um tratamento desnecessariamente ou deixar de tratar um problema de saúde que merece cuidado. Pelo fato de os idosos consumirem a maior parte da produção mundial de medicamentos (média de 2-5 medicamentos por idoso)<sup>5</sup> e serem mais sensíveis aos efeitos de certas classes farmacológicas, foram desenvolvidos vários estudos que identificam quais são os medicamentos inadequados para as pessoas de

idade avançada ou cujo uso deve ser avaliado<sup>6</sup>. Assim, algumas listas foram propostas por pesquisadores da França, Canadá e Estados Unidos. Estas não são consideradas absolutas, sendo necessário o estudo da farmacoepidemiologia de cada país para predizer quais os medicamentos considerados impróprios de acordo com o perfil de idosos e características de cada região.

O farmacêutico pode auxiliar nos problemas mais comuns que ocorrem no uso de medicamentos por pessoas idosas, identificando medicamentos inapropriados, presença de interações, duplicidades terapêuticas, reações adversas, usos inadequados, automedicação e doses erradas, assim como fornecer informações sobre as doenças e os medicamentos prescritos, de modo que a adesão do paciente ao tratamento possa melhorar. Com isso, o farmacêutico pode garantir que a terapia prescrita continuará sendo necessária, efetiva no alcance dos objetivos terapêuticos, e segura.

Existem vários instrumentos disponíveis no Brasil, úteis na avaliação de pacientes idosos<sup>7</sup>. A maioria dos instrumentos existentes, entretanto, está relacionada com a área médica, incluindo testes de fluência verbal, instrumentos de avaliação do estado nutricional, do estado mental, de limitação das atividades funcionais, problemas de memória, avaliação do equilíbrio e da marcha e escalas de depressão geriátrica. Poucos são os instrumentos encontrados especificamente sobre a farmacoterapia no idoso, sendo que, quando encontrados, a maior parte deles tem pouca ou nenhuma repercussão no Brasil.

O objetivo desta revisão é reunir os principais instrumentos de avaliação úteis para otimização da farmacoterapia em idosos, tanto no âmbito hospitalar quanto ambulatorial. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em

periódicos científicos como jornais e revistas, monografias, livros, obras de divulgação e de referência, em bibliotecas convencionais e diferentes bases de dados (Lilacs, Medline, Scielo e Scopus), utilizando os seguintes termos de busca combinados entre si: idosos, geriatria, farmacoterapia, instrumentos de avaliação, otimização da farmacoterapia, medicamentos inadequados. Os artigos foram avaliados segundo a possibilidade de inclusão do instrumento na prática farmacêutica hospitalar e/ou comunitária no atendimento de pacientes geriátricos. Foram excluídos os artigos não adquiridos na íntegra a partir das fontes de pesquisa citadas e aqueles cuja aplicação era voltada para a prática médica.

## INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA EM IDOSOS

Instrumento para as discrepâncias dos medicamentos (medication discrepancy tool - MDT)

O termo “discrepância” é definido como a diferença existente entre a medicação prescrita pelo médico e aquela que o paciente efetivamente toma, baseado nos frascos de medicamentos e relatos do próprio paciente<sup>8</sup>. A definição de outros autores diz que discrepância é a falta de acordo entre diferentes regimes medicamentosos que pode identificar possíveis erros de medicação que possam ocorrer na transição entre hospital e casa<sup>9</sup>.

Os tipos de discrepâncias de medicação encontrados podem estar relacionados ao paciente e/ou ao sistema de cuidado. Algumas classes de medicamentos são mais frequentemente prescritas e, por isso, podem ser responsáveis por 50% de todas as discrepâncias de medicação ocorridas no cenário de transição hospital-casa. Entre elas, encontram-se: anticoagulantes (13%); diuréticos (10%); inibidores da enzima conversora de angiotensina [IECA] (10%); agentes hipolipemiantes (10%), e inibidores da bomba de prótons (7%)<sup>9</sup>. O estudo realizado pela Universidade de Ciências da Saúde, Colorado, no ano de 2004, teve como objetivo principal desenvolver um **Instrumento para as Discrepâncias dos Medicamentos - MDT**

(Anexo 1), capaz de auxiliar os profissionais de saúde na identificação e classificação dos problemas relacionados a medicamentos (PRM's), facilitando a resolução desses problemas e descrevendo ações apropriadas com relação ao paciente e ao sistema<sup>10</sup>.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento de tal instrumento foi análise de 20 casos clínicos baseados em um grupo de pacientes com idade igual ou superior a 65 anos, que receberam alta hospitalar. As informações relevantes para identificação de discrepâncias foram obtidas através de visitas a casa dos pacientes e revisão da medicação, comparando os medicamentos que tomavam antes da hospitalização, prescrição de alta e medicamentos em uso após alta. Dois médicos clínicos gerais, dois farmacêuticos geriatras e duas enfermeiras avaliaram os casos para, desta forma, identificar quais itens incluir e como apresentá-los, bem como quais palavras utilizar para esclarecer as instruções a serem incluídas no MDT. Depois disso, foi realizado um teste de confiança para avaliar a capacidade de detecção de PRMs por parte dos profissionais de saúde e aplicabilidade dos itens, baseando-se nos resultados obtidos após uso desta ferramenta pelos profissionais convidados, os quais qualificaram o instrumento através do seu grau de concordância (baixo, bom, excelente). O estudo mostrou, através de análises estatísticas (Cohen), que os profissionais que usaram o MDT apresentaram boa capacidade para detectar problemas relacionados à medicação e que o teste serviu para distinguir os itens aplicáveis daqueles que não apresentaram aplicabilidade, quando então dois itens (dose e transporte incorretos) foram excluídos, obtendo assim a versão final do instrumento<sup>10</sup>.

A primeira parte do MDT é composta pelas causas e contribuição de fatores relacionados ao paciente e ao sistema de cuidado que podem levar à discrepância na medicação; a segunda parte contém as possíveis resoluções aplicáveis. A seção de discrepâncias relacionadas ao paciente tem como objetivo avaliar o paciente na gestão de seus medicamentos, diferenciando, por exemplo, a não adesão intencional daquela não intencional. A

seção de discrepâncias relacionadas ao sistema tem como objetivo avaliar as práticas de trabalho no sistema de saúde e o regime efetivo da medicação para pacientes ambulatoriais. A seção final, “resoluções”, possui como objetivo avaliar ações que possam ser tomadas para corrigir as discrepâncias encontradas<sup>10</sup>.

O MDT é um instrumento útil para identificar e caracterizar as discrepâncias dos medicamentos que possam acontecer com o paciente ambulatorial; entretanto, possui algumas limitações: nem todos os itens podem ser atribuídos exclusivamente a problemas de transição hospital-casa, mas podem ser considerados complementares àquilo que é específico da transição. Além disso, a prescrição de alta por si não é suficiente para determinar onde a discrepância ocorreu: muitas vezes é necessário que o médico complemente as informações. Para melhorar o MDT, o próprio autor sugere a inclusão de um item com os medicamentos utilizados sem prescrição médica<sup>10</sup>.

#### Listas das medicações consideradas inadequadas para o uso em idosos

Medicamento potencialmente inadequado para o uso em idosos é definido como qualquer medicamento cujos riscos são maiores que os benefícios. Alguns autores consideram o uso desses medicamentos como a maior causa de PRMs na terceira idade<sup>11</sup>, outros dizem ser responsável por inúmeras reações adversas; assim, é importante identificar quais são estes medicamentos, a fim de estabelecer uma terapia farmacológica adequada<sup>12</sup>.

O método Delphi, utilizado na elaboração das listas de medicações inadequadas, tem como objetivo consultar a opinião de um grupo de especialistas através de um questionário que circula repetidas vezes entre os respondentes, cujo anonimato é preservado. Primeiro, elaboram-se um questionário, a partir da revisão da literatura, com informações suficientes para homogeneizar a linguagem e facilitar o raciocínio; em seguida, os convidados respondem individualmente às questões, podendo adicionar justificativas e

opiniões. As respostas são analisadas estatisticamente, excluindo ou incluindo novos itens e as perguntas são repetidas no ciclo seguinte para que os respondentes reavaliem suas respostas, com base nos resultados e justificativas dadas pelo grupo na rodada anterior. Este processo é repetido várias vezes até que a divergência de opiniões esteja reduzida a um nível satisfatório, quando então se diz que foi obtido um consenso entre os especialistas<sup>13</sup>. Assim, com a resposta da última rodada, foram obtidos os instrumentos das medicações inadequadas para o uso em pessoas com 60 anos ou mais.

Todas as listas de medicações inadequadas para idosos apresentam como principal limitação uma rápida desatualização, pela constante retirada e inclusão de medicamentos no mercado farmacêutico e, além disso, a mais utilizada de todas (Critério de Beers) não sugere alternativas terapêuticas mais seguras para os idosos, como o fazem as mais recentes listas desenvolvidas em 1997 no Canadá e em 2007 na França<sup>12</sup>. Também, não são feitos estudos envolvendo eficácia, doses apropriadas, possíveis resultados negativos e sua probabilidade de ocorrência, associados à prescrição de medicamentos inadequados. Apesar de não identificar todos os medicamentos inadequados ou as consequências de seu uso, essas listas reúnem os principais casos encontrados na prática clínica e servem como guia para os profissionais da saúde. Porém, ser inadequado não significa que se trata de uma contraindicação absoluta; é preciso considerar a relação risco/benefício para cada paciente, devido às possíveis comorbidades, estado funcional, prognósticos e medicamentos em uso.

As listas de medicamentos considerados inadequados para o uso em idosos descritas neste artigo poderão ser encontradas na íntegra na base de dados PUBMED.

#### Critérios de Beers

O Critério de Beers é o método mais utilizado para avaliar as características, com relação aos efeitos, dos medicamentos prescritos aos idosos.

Este método foi primeiramente desenvolvido em 1991, baseado no estudo de idosos institucionalizados nos Estados Unidos<sup>11,14</sup>. Houve atualizações posteriores em 1997 para torná-lo mais aplicável, incluindo no estudo os idosos não institucionalizados, e mais recentemente em 2002, para incluir novas informações, avaliar potenciais efeitos adversos e incluir novos medicamentos cujo uso não é indicado em pacientes idosos<sup>15</sup>.

A primeira lista desenvolvida por Beers et al.<sup>14</sup> em 1991 era composta de 19 medicamentos inadequados e 11 medicamentos cuja dose, frequência de uso e duração do tratamento eram inadequadas para pessoas com 65 anos ou mais. A lista atualizada em 1997 constava de 28 medicamentos a serem evitados devido à sua inadequação e 35 medicamentos inadequados para 15 condições patológicas específicas<sup>16</sup>. A mais recente lista, atualizada em 2002, selecionou os medicamentos a serem incluídos através de uma revisão sistemática para depois enviar aos especialistas e obter um consenso. Ela consta de 48 medicamentos que devem ser evitados em pessoas idosas por serem inadequados e medicamentos não adequados para 20 condições patológicas específicas<sup>16,17</sup>.

No Brasil, em 2008, foi analisada a lista de medicamentos genéricos, publicada no *Diário Oficial da União* em 12 de julho de 2004, e comprovada a aplicabilidade do instrumento ao constatar a presença de 6,7% do total de medicamentos da lista, incluídos nos critérios de Beers-Fick para medicamentos inadequados em idosos. Entretanto, faz ressalvas ao apontar o uso comum de antitussígenos, cinarizina, diltiazem, piracetam, quinolonas, xantinas, cremes, pomadas e colírios, os quais não fazem parte do instrumento, mas necessitam de cautela na sua prescrição<sup>18</sup>.

Apesar de necessitar de periódicas atualizações para continuar sendo válido, este instrumento possui fácil aplicação e memorização, podendo ser utilizado em diversos idiomas. Sugere-se a possibilidade de considerar o uso de medicamentos fitoterápicos, gravidade da doença, diagnóstico e medidas não farmacológicas<sup>16,18</sup>.

## Medicamentos inapropriados para uso em idosos: Lista Francesa

No ano de 2006 na França, de modo semelhante ao critério proposto por Beers et al.<sup>14</sup> anos antes, foi realizado um consenso entre especialistas de várias áreas para estabelecer uma lista de medicamentos inadequados para idosos deste país.

Para tanto, cada critério do questionário foi avaliado segundo a escala Likert de 1 a 5 pontos, onde 1 significa “total acordo com a inadequação” e 5 “total desacordo com a inadequação”. Os itens com escore 1 e 2 foram mantidos na lista, enquanto os itens 4 e 5 foram excluídos; os itens com escore 3 (opinião duvidosa) foram apresentados novamente aos especialistas em outro momento. Também foi estabelecido para qual idade essa lista teria aplicação. O questionário era composto de duas categorias: medicamentos que devem ser evitados em idosos por não serem efetivos ou induzirem algum tipo de risco e medicamentos que devem ser utilizados apenas em condições médicas específicas<sup>12</sup>.

A lista resultante identifica 34 medicamentos de prescrição inadequada para pessoas com mais de 75 anos, pois nesta idade as mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas são mais significativas para alterar a resposta dos medicamentos do que em idades mais jovens. Entre os medicamentos encontrados, 25 foram considerados impróprios devido à relação risco/benefício desfavorável, um medicamento teve sua eficácia considerada questionável e oito com relação risco/benefício desfavorável e eficácia questionável<sup>12</sup>.

De todos os medicamentos ou classes de medicamentos apresentados na lista francesa, apenas alguns fazem parte da lista proposta por Beers, pois foram excluídos aqueles não disponíveis na França (pentazocina, trimetobenzamida, flurazepam, meperidina, orfenadrina, guanadrel, isoxsurpina, doxazosina, tioridazina, mesoridazina, ácido etacrínico e tireóide dessecada) ou considerados prejudiciais e não efetivos (todos os barbitúricos, excluindo

apenas o fenobarbital). Diferentemente da lista de Beers, na lista proposta para a França não são utilizados estrógenos sem associação com progesterona para a menopausa, fenilbutazona foi incluída por induzir efeitos hematolíticos, fluoxetina não foi considerada maior indutora de problemas que qualquer outro inibidor da recaptação de serotonina e amiodarona foi considerada efetiva e capaz de induzir efeitos adversos como outros antiarrítmicos. Esta lista adiciona, além de vários medicamentos propostos por Beers, o uso de dois ou mais antiinflamatórios não esteroidais, dois ou mais medicamentos psicotrópicos da mesma classe terapêutica e alguns outros medicamentos com propriedades anticolinérgicas<sup>12</sup>.

#### Medicamentos inapropriados para o uso em idosos: Lista Canadense

Esse estudo foi desenvolvido através do método Delphi modificado, no Centro Médico Acadêmico no Canadá, em 1997, por McLeod et al.<sup>17</sup>, e discorda em relação a alguns medicamentos considerados por Beers inapropriados para o uso em pessoas idosas. É o caso dos anti-hipertensivos reserpina e clortalidona, da amitriptilina e do hipoglicemiante oral clorpropamida. Os autores também criticam a lista de Beers pela inclusão de medicamentos que estão em desuso, como ciclandelato, propoxifeno e isoxsuprina<sup>19</sup>.

Inicialmente, desenvolveu-se uma lista com 38 práticas inadequadas, classificadas nas categorias de medicamentos contraindicados devido à relação risco-benefício, medicamentos que podem causar interações com outros medicamentos e/ou interações com doenças e, posteriormente, essa lista foi enviada aos membros da equipe do consenso que julgaram as prescrições segundo as seguintes alternativas: possibilidade de aumento do risco de efeitos adversos, disponibilidade de terapias alternativas com efetividade igual ou superior e menor risco e, probabilidade da redução dessa prática conseguir diminuir a morbidade entre pessoas idosas. Com isso, foi possível gerar outra lista, agora com 71 práticas de prescrição de medicamentos para idosos, em

que a condição clínica era descrita e uma terapia alternativa era sugerida para o caso<sup>19</sup>.

Para a avaliação da significância clínica das prescrições, os respondentes utilizaram uma escala de 1 a 4 (1 = sem significância e 4 = altamente significativa) e emitiram seu parecer sobre a terapia alternativa proposta. A média de significância clínica variou de 2,53 a 3,83 e a variação da proporção de acordo ou desacordo com a terapia sugerida foi pequena<sup>19</sup>.

Neste instrumento encontram-se apenas as prescrições classificadas com média de significância clínica igual ou maior que 3,0, organizadas de acordo com a prescrição de medicamentos para o tratamento de doenças cardiovasculares, prescrição de medicamentos psicotrópicos, prescrição de AINES e outros analgésicos e prescrição de diferentes medicações. Das 38 práticas descritas no instrumento, 18 envolvem medicamentos contraindicados para pessoas idosas devido à desfavorável relação risco-benefício, 16 envolvem interações medicamento-doença e quatro envolvem interações medicamento-medicamento, sendo estas considerações as principais diferenças quando comparadas com a lista desenvolvida por Beers<sup>19</sup>.

#### Índice de adequação da medicação (medication appropriateness index - MAI)

Para prescrever um medicamento de forma apropriada, o médico deve entender sobre a patologia diagnosticada, a farmacologia do medicamento a ser prescrito, assim como deve considerar as particularidades da fisiologia e farmacologia do organismo que irá receber o medicamento. Caso a prescrição não esteja adequada, esta poderá conter medicamentos desnecessários, não efetivos, prejudiciais, inviáveis e/ou muito caros, que geralmente contribuem para maior morbidade, internações e despesa para os pacientes. Como forma de garantir a qualidade das prescrições medicamentosas, desenvolveu-se um instrumento que avalia os elementos de uma prescrição e é aplicável para vários medicamentos, cenários e condições clínicas. Este instrumento, chamado de **Índice de Adequação da Medicação**



- MAI (Anexo 2), foi elaborado por um farmacêutico clínico e um médico geriátrico, com base na revisão da literatura (MEDLINE) sobre medidas de avaliação ou escalas de avaliação da medicação<sup>20</sup> e, posteriormente, foi validado por Samsa et al.<sup>21</sup>, anos mais tarde.

O artigo que traz este instrumento, publicado por Joseph Hanlon et al.<sup>12</sup> em 1992, primeiramente avaliou as prescrições medicamentosas de 10 pacientes idosos ambulatoriais, selecionados aleatoriamente, que recebiam cinco ou mais medicamentos e eram regularmente atendidos numa clínica de medicina interna nos Estados Unidos, para verificação da confiabilidade do MAI. Depois, dois farmacêuticos com especialização em geriatria selecionaram outra amostra de 10 pacientes geriátricos ambulatoriais, atendidos na mesma clínica médica e que utilizavam cinco ou mais medicamentos regularmente para verificação da generalização do instrumento. Para análise dos resultados, foram utilizados cálculos estatísticos de confiabilidade interclasse e intraclasses ( $\kappa$ ), de modo que o medicamento era considerado como completamente adequado combinando as 10 classificações e completamente inadequado se um ou mais itens recebessem classificação “3”<sup>20</sup>.

Neste instrumento, a prescrição é avaliada quanto a possíveis problemas relacionados aos medicamentos segundo 10 critérios essenciais: indicação (sinal, sintoma, doença ou condição para prescrição), efetividade (produção de resultado benéfico), dose (total de medicamentos tomados em 24 horas), administração (instruções para uso correto de um medicamento), comodidade/praticidade (capacidade de ser usado ou colocado em prática), interações medicamento-medicamento (efeito que a administração de um medicamento tem em outro, geralmente prejudicial), interação medicamento-doença (efeito que um medicamento tem em uma doença ou condição pré-existente, geralmente prejudicial), duplicidade terapêutica (prescrição não benéfica ou arriscada de dois ou mais medicamentos de mesma classe farmacológica ou química), duração (período de tempo do tratamento) e custo (custo de um medicamento em comparação com outros

agentes de igual eficácia e segurança). O índice segue uma escala de 3 pontos, onde 1 significa “uso apropriado do medicamento”, 2 “uso limitadamente apropriado do medicamento”, 3 “uso inapropriado do medicamento” e 9 “não sei”. Deste modo, a pontuação total por paciente se obtém pela soma da pontuação de cada um dos elementos analisados para cada medicamento, sendo que quanto mais alta a pontuação obtida na escala de 1 a 3, mais inapropriada a prescrição para o paciente idoso<sup>16,20,22</sup>. Muitas vezes, pode não ser possível avaliar determinados itens no momento da aplicação do instrumento, a exemplo do item efetividade; neste caso, o profissional deve assinalar o 9 “não sei”, a fim de não interferir no resultado, já que a avaliação é obtida apenas pelo somatório na escala de 1 a 3 pontos.

Trata-se de um método com instruções operacionais fáceis e úteis para revisar um grande número de medicamentos utilizados pelos pacientes idosos. Entretanto, possui algumas desvantagens, como a de não incluir em sua escala a presença de RAM (exceto aquelas provocadas por interações medicamento-medicamento e medicamento-doença), devido, segundo o autor, à existência de algoritmos próprios para isso; não incluir a presença de problema de saúde não tratado, qualidade de vida e não adesão ao tratamento; além de o tempo despendido para revisar cada medicamento ser de aproximadamente 10 minutos, o que pode impossibilitar sua aplicação em locais muito movimentados<sup>16,20,22</sup>.

#### Instrumento para previsão de reações adversas a medicamentos

Este instrumento foi elaborado a partir de um estudo envolvendo 186 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, realizado pela enfermagem da Clínica Médica do Centro Hospitalar Municipal de Santo André, no período de 2002 a 2004. Foram excluídos do estudo os pacientes intubados, em coma ou já internados em outros setores do hospital, os quais possuíam condição clínica que não permitiria a coleta de dados para a pesquisa e identificação de Reações Adversas a

Medicamentos (RAM), as quais foram classificadas conforme a gravidade e mecanismo. Os dados coletados se referiam a idade, sexo, escolaridade, história prévia de RAM ou de etilismo, diagnósticos, doses e uso de medicamentos inapropriados, avaliados conforme Critério de Beers, resultados do Mini-Exame do Estado Mental e da Escala de Atividades da Vida Diária, datas de internação, óbito e/ou alta, descrição de intercorrências ou complicação e exames complementares. Cada possível RAM identificada nesse estudo foi avaliada conforme seu grau de probabilidade, através do algoritmo de Naranjo<sup>23</sup>.

Do total dos pacientes avaliados 61,8% apresentaram pelo menos uma RAM no período em que estiveram internados, o que dá uma média de no mínimo uma e no máximo oito RAM para cada paciente, os quais apresentaram as seguintes características: idade entre 70-79 anos, maior número de diagnósticos e medicações prescritas, tempo de internação maior e uso dos seguintes medicamentos: furosemida, clortalidona, captopril, ciprofloxacino, eritromicina, insulina NPH, glibenclamida, tenoxicam e diclofenaco<sup>23</sup>.

A partir do modelo de regressão logística, fixou-se a possibilidade de ocorrência de RAM em 50% e elaborou-se o **Instrumento de Previsão de RAM em Idosos** (Anexo 3). A partir do número de diagnósticos, número de medicamentos e uso ou não de medicamentos inapropriados, é possível determinar o valor de corte da quantidade de medicamentos utilizados, de modo que, se for ultrapassado esse valor, o paciente apresentará probabilidade superior a 50% de desenvolver uma RAM. Por exemplo, se o paciente apresenta somente um diagnóstico e não usa nenhum medicamento inapropriado, só terá risco

aumentado de RAM caso lhe seja prescrito número superior a 18 medicamentos; porém, se utilizar algum medicamento inadequado e apresentar mais de três diagnósticos, entrará para o grupo de maior risco à RAM, independentemente do número de medicamentos. A sensibilidade deste instrumento é de 88,7% e a especificidade de 40,8%<sup>23</sup>.

Caso durante a avaliação seja identificado risco elevado de desenvolver RAM, o profissional de saúde deverá realizar o acompanhamento do paciente, reavaliando indicações e doses dos medicamentos, nível sérico (quando aplicável) e então decidir entre suspender a medicação, diminuir a dose ou associar algum outro medicamento<sup>23</sup>.

## CONCLUSÕES

A revisão dos principais instrumentos de avaliação da farmacoterapia no idoso contidos neste artigo pode auxiliar os profissionais da saúde, inclusive o farmacêutico, pois considera os diversos medicamentos comumente prescritos e determinadas condições clínicas destes pacientes, além de acelerar o tempo para detecção de um PRM.

A contribuição deste artigo é demonstrar ao profissional farmacêutico as possíveis inadequações da farmacoterapia nos idosos e suas consequências do ponto de vista do paciente, instigando o desejo de melhoria na qualidade do atendimento nas farmácias. A aplicabilidade dos instrumentos aqui propostos poderá ser avaliada em novos estudos e pelos farmacêuticos durante sua prática clínica, tanto na dispensação e aconselhamento dos pacientes, como na monitorização e avaliação dos resultados do tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Moreira MdM. Determinantes demográficos do envelhecimento brasileiro. 2000 [cited 2007 15 de nov.]; Available from: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/idot5\\_1.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/idot5_1.pdf)
2. IBGE. Política do idoso no Brasil. 2000 [cited 2007 12 de out.]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>
3. Jacob Filho W, Souza RR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Atheneu, editor. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo; 2000. p. 31-40.
4. Williams CM. Using Medications Appropriately in Older Adults. *American Family Physician*. 2002;66(10):1917-24.
5. Castellar JI, Karnikowski MG, Vianna LG, Nobrega OT. [Study of the pharmacotherapy prescribed for older-adult in a Brazilian long-term care facility]. *Acta Med Port*. 2007 Mar-Apr;20(2):97-105.
6. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. 2005 [cited 2007 27 de nov.]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a08v10n2.pdf>
7. Andrade MA, Silva MVS, Freitas O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. 2008 [cited 2008 21 de fev.]; 55-63]. Available from: [http://www.uel.br/proppg/semina/pdf/semina\\_25\\_1\\_20\\_17.pdf](http://www.uel.br/proppg/semina/pdf/semina_25_1_20_17.pdf)
8. Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y, et al. Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 24;160(14):2129-34.
9. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med*. 2005 Sep 12;165(16):1842-7.
10. Smith JD, Coleman EA, Min SJ. A new tool for identifying discrepancies in postacute medications for community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2004 Jun;2(2):141-7.
11. Fu AZ, Jiang JZ, Reeves JH, Fincham JE, Liu GG, Perri M, 3rd. Potentially inappropriate medication use and healthcare expenditures in the US community-dwelling elderly. *Med Care*. 2007 May;45(5):472-6.
12. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol*. 2007 Aug;63(8):725-31.
13. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: Uma Ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. 2000 [cited 2008 06 de fev.]; Available from: <http://www.iea.usp.br/iea/tematicas/futuro/projeto/delphi.pdf>
14. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med*. 1991 Sep;151(9):1825-32.
15. Petrone K, Katz P. Approaches to appropriate drug prescribing for the older adult. *Prim Care*. 2005 Sep;32(3):755-75.
16. Ribeiro AQ, Araújo CMdC, Acurcio FdA, Magalhães SMS, Chaimowicz F. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. 2005 [cited 2007 13 de jun.]; Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000400026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000400026&script=sci_arttext)
17. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24.
18. Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL. Critérios de Beers-Fick e medicamentos genéricos no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(4):353-6.
19. McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *Cmaj*. 1997 Feb 1;156(3):385-91.
20. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992 Oct;45(10):1045-51.
21. Samsa GP, Hanlon JT, Schmader KE, Weinberger M, Clipp EC, Uttech KM, et al. A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol*. 1994 Aug;47(8):891-6.

22. Oscanoa T, Lira G. Calidad de prescripción de medicamentos en pacientes geriátricos. 2005 [cited 2007 27 de out.]; Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n3/a02v66n3.pdf>
23. Passarelli MCG, Jacob Filho W. Reações adversas a medicamentos em idosos: como prevê-las? Einstein. 2007;5(3):246-51.

Recebido: 04/8/2009

Aprovado: 02/6/2010

## ANEXO 1

**INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DA DISCREPÂNCIA DA MEDICAÇÃO (MEDICATION DISCREPANCY TOOL - MDT)***Esta ferramenta é projetada para facilitar a concordância do regime medicamentoso entre diversos âmbitos e prescritores***DESCRIÇÃO DA DISCREPÂNCIA ENCONTRADA** *(Completar um formulário para cada discrepância)***CAUSAS E CONTRIBUIÇÃO DE FATORES** *(Marque tudo que seja aplicável)*

O texto em itálico sugere a perspectiva que o paciente tem e/ou intenção pretendida

**Em relação ao paciente:**

- Reação adversa a medicamento ou parte dos efeitos
- Intolerância
- A prescrição não foi atendida (o paciente não foi comprar ou não tinha o medicamento)
- A prescrição não foi necessária
- Dinheiro/barreiras financeiras
- Não adesão intencional
- “Foi dito para eu tomar disso, mas eu escolho não fazer isso”*
- Não adesão não intencional (p. ex. falta de conhecimento)
- “Eu não estou entendendo como tomar esse medicamento”*
- Falta de habilidade em como usar o medicamento
- “Talvez alguém tenha me mostrado, mas eu não consigo demonstrar para você que eu posso”*

**Em relação ao sistema:**

- Prescrições com alergias /intolerâncias conhecidas
- Informação conflitante para diferentes fontes de informação;
- Por exemplo, informações de alta indicando uma ação e dizer outra no frasco de comprimidos.*
- Confusão entre nomes de marca e genérico
- Informação de alta incompleta/inexata/ilegível
- Ou o paciente não é capaz de compreender a caligrafia ou a informação não é escrita em ordem.*
- Duplicação; *Tomar vários medicamentos com a mesma ação sem nenhum fundamento.*
- Dosagem errada
- Quantidade errada
- Rótulo errado
- Deficiência cognitiva não diagnosticada
- Falta de cuidado/necessidade de assistência não identificada
- Limitações da visão/destreza não identificada

**RESOLUÇÃO** *(marque tudo que seja aplicável)*

- Recomendar parar de tomar/começar tomar/mudar o modo de utilização dos medicamentos
- Discutir benefícios potenciais e danos que a não adesão pode produzir
- Incentivar o paciente a ligar para um especialista ou clínico geral sobre o problema
- Incentivar o paciente a marcar consulta com um especialista ou clínico geral para discutir o problema
- Incentivar o paciente a falar com o farmacêutico sobre o problema
- Orientar o paciente (falta de conhecimento/habilidade para uso correto do medicamento)
- Providenciar recurso de informação para facilitar a adesão (ex. material impresso)
- Outros \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

<b>ÍNDICE DE ADEQUAÇÃO DA MEDICAÇÃO (MEDICATION APPROPRIATENESS INDEX - MAI)</b>			
Para avaliar se o medicamento é apropriado, favor responder as seguintes questões e circular a pontuação (escore) aplicável:			
1. Existe uma indicação para o medicamento? Comentários:	1 Indicado	2	3 Não indicado
			9 Não sei
2. O medicamento é efetivo para a condição? Comentários:	1 Efetivo	2	3 Não efetivo
			9 Não sei
3. A dosagem é correta? Comentários:	1 Correta	2	3 Incorreta
			9 Não sei
4. As admistrações são corretas? Comentários:	1 Correta	2	3 Incorreta
			9 Não sei
5. As admistrações são práticas? Comentários:	1 Prática	2	3 Não práticas
			9 Não sei
6. Existem interações medicamento- medicamento clinicamente significantes? Comentários:	1 Significante	2	3 Insignificante
			9 Não sei
7. Existem interações medicamento- doença/ problema de saúde clinicamente significantes? Comentários:	1 Significante	2	3 Insignificante
			9 Não sei
8. Existe duplicação desnecessária com outros medicamentos? Comentários:	1 Necessária	2	3 Desnecessária
			9 Não sei
9. A duração do tratamento é aceitável? Comentários:	1 Aceitável	2	3 Inaceitável
			9 Não sei
10. Este medicamento é a alternativa de menor custo em comparação a outros medicamentos com a mesma utilidade? Comentários:	1 Menos caro	2	3 Mais caro
			9 Não sei

INTERPRETAÇÃO: O índice segue uma escala de 3 pontos, onde 1 significa “uso apropriado do medicamento”, 2 “uso limitadamente apropriado do medicamento”, 3 “uso inapropriado do medicamento” e 9 “não sei”. A pontuação total se obtém pela soma da pontuação de cada um dos elementos analisados para cada medicamento, sendo que quanto mais alta a pontuação na escala de 1 a 3, mais inapropriada a prescrição para o paciente idoso.

Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al., 1992 <sup>20</sup>.

## ANEXO 3

Instrumento de Previsão de RAM* em Idoso		
Número de diagnósticos	Uso de medicamento inapropriado	
	Não	Sim
1	18	9
2	15	6
3	11	2
4	7	0
5	4	0

\* RAM=reações adversas a medicamentos

INTERPRETAÇÃO: Se ultrapassar esses valores de corte obtidos, o paciente apresentará probabilidade superior a 0,5 de desenvolver uma RAM (possibilidade fixada de RAM=0,5). Exemplo, se o paciente apresenta um diagnóstico e não usa nenhum medicamento inapropriado, terá risco aumentado de RAM caso lhe seja prescrito número superior a 18 medicamentos; porém, se utilizar algum medicamento inadequado e apresentar mais de três diagnósticos entrará para o grupo de maior risco à RAM, independentemente do número de medicamentos.

Passarelli MCG, Jacob Filho W., 2007 <sup>23</sup>.





# Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família

*Comprehensive health care in family care for the elderly: challenges for gerontological nursing in the context of the family health strategy*

Marilene Rodrigues Portella<sup>1</sup>

## Resumo

O tema cuidador do idoso tem sido objeto de debates nos encontros científicos da enfermagem brasileira, nos eventos da gerontologia nacional e internacional. Este artigo reflete a palestra apresentada na mesa redonda “A Multidimensionalidade do Processo de Envelhecimento, a Enfermagem e o Cuidado Familiar”, na VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no mês de abril de 2010. Aborda, em especial, o papel da enfermagem, na atenção básica, junto ao cuidador familiar considerando os contextos urbano e rural.

**Palavras-chave:** Enfermagem Geriátrica. Gerontologia. Cuidadores. Atenção Básica.

## Abstract

The theme of caregivers of elderly people has been the subject of debate in scientific meetings of Brazilian nursing, at gerontology events. This article reflects the speech given at the roundtable “The multidimensionality at the Aging Process, Nursing and the Family care,” in the VIII Brazilian Conference of Gerontological and Geriatric Nursing held at the Universidade do Rio de Janeiro, in April 2010. It addresses in particular the role of nursing in primary care with the family caregiver considering the urban and rural context.

**Key words:** Geriatric Nursing. Geriatrics. Caregivers. Primary Health Care

Correspondência / *Correspondence*

<sup>1</sup>Marilene Rodrigues Portella  
Universidade de Passo Fundo. Instituto de Ciências Biológicas, Enfermagem.  
Rua Teixeira Soares 780 - Centro  
99010-080 - Passo Fundo, RS, Brasil  
E-mail: portella@upf.br

Este artigo foi elaborado a partir de palestra proferida na VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em abril de 2010.

## INTRODUÇÃO

Temos que compreender que a temática central desta mesa-redonda, “Multidimensionalidade do Processo de Envelhecimento, a Enfermagem e o Cuidado Familiar” traduz o anseio da enfermagem gerontológica brasileira em discutir questões que envolvem políticas públicas de atenção e participação sistemática dos profissionais de saúde no cuidado domiciliar da pessoa idosa. Neste contexto, a enfermagem, a família, o idoso e seu cuidador são personagens de uma mesma história. Como atores do cotidiano, no palco da vida, mostram cenários diversos; cenas de momentos de vida específicos, nas quais se podem vislumbrar valores, metas e estruturas diferenciadas. Um encontro de diferentes saberes e práticas, por vezes, nem sempre bem compreendido de ambas as partes.

## ENFERMAGEM E CUIDADO FAMILIAR DO IDOSO

O envelhecimento populacional é uma realidade que chama atenção pela grande heterogeneidade do grupo etário idoso, seja pelas condições sociais, política, econômica e principalmente, de saúde. Doenças crônicas e múltiplas tendem a se manifestar com muita frequência no grupo etário idoso, causando limitações importantes e requerendo cuidados prolongados: assim, vale lembrar que, no Brasil, cerca de 40% do tempo vivido pelos idosos é sem saúde<sup>1</sup>.

Desta forma, pensar sobre os grandes desafios da enfermagem frente ao cuidado familiar do idoso requer a compreensão de que, com a implementação da estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB), os cuidados domiciliares de saúde tornaram-se parte integrante das ações em saúde nesse nível de atenção<sup>2</sup>. Embora o cuidado domiciliar à saúde seja uma prática que remonta à própria existência das famílias como unidade de organização social, devemos atentar para inúmeras situações, em que, sob o discurso da transformação do modelo tecnoassistencial por meio da implementação maciça da saúde da família, ocorrem equívocos, cujo resultado se expressa na transferência dos

cuidados hospitalares para os cuidados prestados na comunidade<sup>3</sup>.

Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias revelam que pessoas com doença avançada e progressiva são cuidadas por cuidadores informais, sejam eles familiares ou não<sup>4</sup>. Estes, por outro lado, desempenham tarefas que lhes são atribuídas, na maioria das vezes, sem orientação adequada, com suporte ineficaz por parte do sistema de saúde. Tal condição, somada a alteração da rotina e tempo dispensado no cuidado, tem impactos sobre a qualidade de vida do cuidador. Quanto maior a duração do cuidado, pior a qualidade de vida do cuidador<sup>5-7</sup>.

Pensar ações em saúde no contexto gerontológico no nível da AB requer o reconhecimento de que o cuidador não apenas tem utilidade e importância no setor saúde, como aliado da equipe no processo de cuidado, mas também é um usuário carente de zelo. Assim, o papel da Enfermagem Gerontológica, na atenção integral ao idoso, passa pela identificação das necessidades do cuidador familiar.

## NECESSIDADES DOS CUIDADORES

Quando se pensa na atenção integral ao cuidador familiar do idoso, é imprescindível o diagnóstico das necessidades dos cuidadores, o que requer levar em conta que, na identificação das mesmas, há algumas dificuldades a serem superadas, quais sejam:

- Reconhecimento das necessidades veladas

Muitos cuidadores demonstram certa relutância em comunicar as suas necessidades aos profissionais, por pensarem não ser aceitável fazê-lo. Em alguns, podemos observar o constrangimento, pois diante do sofrimento alheio não querem colocar suas necessidades à frente das necessidades da pessoa cuidada. Por outro lado, há aqueles que se sentem receosos, pois tais colocações poderão ser objeto de julgamento, e sua condição de cuidador pode ser interpretada de modo inadequado. Outros

entendem que isto faz parte da vida; é uma situação “sem saída”, na qual os desgastes e as preocupações são contingências do acaso, portanto, não podem ser minimizados. Há ainda casos em que as dificuldades ficam veladas pelo fato de os profissionais de saúde não mencionarem questões relevantes acerca do cuidado, como forma de orientação desse cuidador<sup>7-9</sup>.

• Variabilidade das necessidades ao longo do *continuum* do processo cuidativo

Em circunstância de cronicidade, o processo cuidativo é prolongado e os cuidadores, ao longo do *continuum*, enfrentam diferentes momentos de acordo com o curso da evolução da enfermidade da pessoa cuidada, vivenciando situações em que ora estão cuidando no domicílio, ora acompanhando o idoso nos períodos de hospitalização. Acompanhar/cuidar no hospital difere muito no que diz respeito ao cuidado no domicílio frente às condições estruturais.

Nas instituições hospitalares, mesmo que seja um transtorno para o cuidador coordenar o andamento doméstico e familiar concomitante ao cuidado, ele tem a vantagem de contar com a estrutura dos serviços de saúde; por outro lado, no domicílio, são frequentes os casos em que há indisponibilidade de suporte de apoio, da parte dos serviços de saúde, da escassez de recursos que advém com o tratamento prolongado, ou até mesmo da insuficiência ou ausência de familiares<sup>7-11</sup>.

## PRINCIPAIS NECESSIDADES DOS CUIDADORES

Nos estudos que temos encaminhado encontramos pontos em comum comparados aos de nossos pares. Na abordagem da questão, as necessidades podem ser assim classificadas: relacionadas à tarefa cuidativa e relacionadas ao cuidado de si.

• Relacionadas à tarefa cuidativa

Cuidar de um familiar idoso, mesmo que seja ação entendida como extensão das atividades domésticas, requer da parte dos cuidadores um planejamento, visto que a rotina, aos poucos ou bruscamente, é alterada. O grande desafio neste momento é estar preparado para tal. Os cuidadores necessitam de treinamento voltado para a realidade de cada caso; carecem de noções de gestão/administração do cuidado, pois, na maioria das vezes, nem sequer recebem informações elementares sobre os cuidados ao doente e orientação sobre o uso da medicação, quiçá contar com o apoio dos profissionais de saúde.<sup>7,11-13</sup>

A tarefa de cuidar é vista como uma continuidade da tradição familiar<sup>7,8</sup>, como retribuição e gratidão; para alguns pode ser motivos de satisfação, para outros obrigação<sup>8,11-13</sup>; e quando há disfuncionalidade familiar os cuidadores necessitam de apoio na gestão da comunicação e funcionamento familiar<sup>2,14</sup>.

• Relacionadas ao cuidado de si

O tempo absorvido com o cuidado do idoso provoca redução do lazer, do convívio com a família e os amigos, afeta a vida particular dos cuidadores<sup>11,13,15</sup>, assim uma necessidade imprescindível é o reconhecimento do abandono de si em razão da sobrecarga de atividade. Estudos confirmam que a exaustão e a doença se tornam uma incidência inevitável na vida dos cuidadores<sup>13,15-17</sup>.

Ter consciência dos seus limites é imperioso para os cuidadores; reconhecer o momento de pedir ajuda é cogente na relação cuidativa, todavia a interpretação de tal necessidade, na maioria das vezes, não acontece de modo espontâneo, não é algo fácil para os mesmos<sup>13,17</sup>. Coerente com o cuidado de si, trabalhar a sobrecarga emocional trata-se de uma necessidade elencada nos estudos sobre os cuidadores de pessoas portadoras de sofrimento psíquico e, na atenção básica, no que diz respeito aos cuidadores de idosos, estamos falando de uma ocorrência comum<sup>13,18</sup>.

## A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O fortalecimento da atenção básica tem como finalidade principal a consolidação e qualificação da ESF como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, o que exige profissionais aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde do idoso<sup>19</sup>. Tais atitudes pressupõem o cuidado integral e humanizado, mas encontramos realidades em que o constrangimento avassala as pessoas idosas e/ou seus cuidadores, devido à cobrança (implícita ou explícita) quanto aos cuidados, não só de membros da família ou da comunidade, como também dos próprios profissionais de saúde<sup>20</sup>.

A ESF tem sido de fundamental importância na promoção da saúde familiar, em especial dos idosos, porque auxilia no controle de uma série de enfermidades, e também contribui substancialmente na melhoria da qualidade de vida daqueles com quem interage de forma efetiva. Apesar dos avanços no que se refere aos princípios norteadores do SUS e às estratégias propostas, percebemos que ainda se enfrenta uma série de dificuldades, destacando-se a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; falta de complementaridade entre rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Trabalhando na docência, acompanhando aluno em campo de prática na rede de atenção básica e convivendo diariamente com a rotina dos profissionais da ESF e também idosos, familiares e seus cuidadores, sinto-me impelida a comentar que muitos profissionais estão aptos ao desempenho de procedimentos técnicos, porém despreparados para a escuta sensível. Seriam as “lacunas” na formação as responsáveis por tal desempenho? Tal conduta poderia ser atribuída à banalização do sofrimento alheio por parte dos profissionais de saúde? Neste momento não cabe tal discussão, nem é o nosso propósito, mas são questões meritórias de atenção.

Temos que considerar também que a ESF se operacionaliza a partir de uma Unidade Básica de Saúde cuja localização é o espaço urbano. O contexto rural conta apenas com suporte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares regulares, que percorrem grandes distâncias geográficas na microárea de atuação e, muitas vezes, estão despreparados para identificar as situações de risco. Essa realidade revela maior demanda de tempo – exigência além da capacitação em função das amplas solicitações demandadas pelo usuário e do confronto com as misérias humanas cuja solução excede sua compreensão e atuação<sup>21</sup>. A convivência com os mais variados problemas da população gera desgaste do ACS, por vezes, incorrendo no seu adocimento<sup>22</sup>.

No que diz respeito ao atendimento da equipe de saúde no meio rural, observamos ações pontuais nos grupos de hipertensos e diabéticos. As reuniões se caracterizam pela realização de palestras e distribuição de medicamentos, o que obriga o usuário comparecer – ou seja, segue o modelo que prioriza a lógica da medicalização<sup>23</sup>.

## DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL AO CUIDADOR FAMILIAR

Discutir os desafios para a Enfermagem em relação à atenção integral à saúde do idoso, tema central dessa jornada, concebendo a multidimensionalidade do processo de envelhecimento, a enfermagem e o cuidado familiar, assunto específico desta mesa-redonda, reveste-se de grande veemência, tendo em conta a complexidade, sobretudo quando a assistência gerontológica é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos gerontes.

Atuar desta forma é o desafio que se coloca também aos serviços de saúde<sup>22</sup>. Seguindo essa assertiva, ressaltamos que nossa participação neste fórum de discussão, a Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, caracteriza a enfermagem gerontológica como protagonista da mudança de paradigma, pois

estamos discutindo o papel da Enfermagem frente à “saga” do *ser* cuidador de idoso e a família cuidadora. Assim, nossa proposta consiste em refletir sobre a condição do cuidador familiar e agir, no intuito de propor a implementação de propostas educativas/cuidativas observando os “muitos brasis” que aqui se apresentam enquanto cenários de prática e de centros de formação.

Como parte deste desafio, destaca-se a perspectiva de trabalho do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica-DEGER-ABEn, expressa no Regimento Interno, aprovado em 7 de fevereiro de 2010, sobretudo no Art. 4º, inciso III - Realizar, junto às seções, Regionais e Núcleos da ABEn, cursos de aperfeiçoamento e treinamentos para Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, que favoreçam a capacitação para o cuidado de pessoas idosas, complementando no inciso IV - propor medidas

necessárias à defesa e consolidação do trabalho em Enfermagem Gerontológica.

A relevância do DEGER-ABEn insere-se na busca de uma compreensão da realidade vivida pelos profissionais da enfermagem na atenção integral ao idoso, incluindo os atuantes nas ESFs e na proposição de estratégias de educação permanente no intuito de caminhar na direcionalidade da construção e consolidação de um novo modelo. Segundo Marin et al.<sup>24</sup>, trata-se do vislumbre de mudança no modelo de atenção.

A partir daí, considera-se lançado o desafio para que, daqui a dois anos, no próximo encontro, na XIX Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica possamos estar apreciando os relatos dos primeiros feitos deste departamento.

## REFERÊNCIAS

1. Camarano, AA, Kanso, S, Mello, JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, AA (Organizadora). Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004:25-59.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.19.
3. Veríssimo, C, Moreira, I. Os cuidadores familiares informais: cuidar do idoso dependente em domicílio. Pensar em enfermagem 2004; 8(1).
4. Karsch, UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19(3): 861-6.
5. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto contexto - enferm 2008; 17(2): 266-272.
6. Watanabe HAW, Derntl AM. Cuidadores de idosos: uma experiência em Unidade Básica de Saúde - Projeto CapacIDADE. Mundo Saúde 2005; 29 (4): 639-44.
7. Portella MR, Pasqualotti A, Fortes VLF, Scortegagna HM, Strehl JM, Dalbosco J. Cuidar de um familiar idoso: repercussões no curso da vida. In: Portella MR, Pasqualotti A, Gaglietti M. (Organizadores). Envelhecimento humano: saberes e fazeres. Passo Fundo/RS: UPF Editora, 2006:19-31.
8. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública 2006; 22 (8):1629-38.
9. Orrell M, Cooper C, Braithwaite S. Do carers' needs assessments make a difference? Results from the Forget me not study. Age and Ageing 2006; 35(4):444-5.
10. Celich KL, Batistella M. Ser cuidador do familiar portador de Doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. Cogitare Enferm 2007; 12(2): 143-49.
11. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev. Eletrônica. Enferm 2004; 06(02): 254-271.
12. Bocchi, SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de uma pessoa com

- acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(1): 115-21.
13. Agich, GJ. Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2008.
  14. Kristjanson LJ. Family Care. In: *textbook of Palliative Medicine*. Hodden Arnold; 2006.
  15. Sommerhalder C, Neri AL. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri AL. (org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas sociais*. Campinas: Átomo Alínea; 2002.
  16. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA. Cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte YAO, Diogo MJD (org). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
  17. Laham CF. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. [Dissertação]. São Paulo. Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo; 2003.
  18. Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta paul. enferm.* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2010 Jun 10]; 21(4): 588-594. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000400009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400009&lng=pt). doi: 10.1590/S0103-21002008000400009.
  19. Silva AA, Borges MMMC. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. *Revista Enfermagem Integrada*. 2008; 1(1): [Acesso em 2010 maio.02]. Disponível em: URL: [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andrea\\_silva\\_e\\_marta\\_borges.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andrea_silva_e_marta_borges.pdf)
  20. Brêtas ACP, Yoshitome AY. Conversando com quem gosta de cuidar do idoso no domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJD (org). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.
  21. Portella MR. A pessoa idosa no contexto rural da 6ª CRS [CD-ROM] In: Creutzberg M. (org.). *VII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica*, 2008. Porto Alegre. Anais. Brasília: ABEn; 2008.
  22. Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Rev. enferm. UERJ*. 2009; 17(4): 563-8.
  23. Coriolano MWL, Lima LS. Grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para entendimento desses atores sociais. *Rev. enferm. UERJ*. 2010; 18(1): 92-6.
  24. Marin MJS, Martins AP, Marques F, Feres BOM, Saraiva AKH, Druzian S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2008 [Acesso em 2010 jun.02]. Disponível em: URL: [http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso)

Recebido: 21/6/2010

Aprovado: 26/8/2010

# A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica

*The complexity of care on gerontogeriatric nursing in the daily practice*

Lúcia Hisako Takase Goncalves<sup>1</sup>

## Resumo

Conferência proferida na VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, realizada em outubro de 2010 no Rio de Janeiro e organizada pela ABEn/RJ. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica foi desenvolvida em tópicos: a complexidade da gerontologia em face do fenômeno do envelhecimento populacional, cujo campo de conhecimento interdisciplinar emergente enfrenta desafios de respostas necessárias às rápidas transformações da sociedade pelo aumento da população idosa e da longevidade das pessoas. As políticas públicas e o envelhecimento da população aqui demonstram os entraves e desafios político-econômicos na operacionalização no sistema de saúde local do programa do idoso já instituído pela Portaria que trata da política de saúde de pessoas idosas. Por último, os desafios da prática cotidiana da enfermagem aos idosos, onde se destacam a necessidade da implementação do programa do idoso no âmbito de UBS/ESF com devida capacitação da equipe de saúde, da articulação da enfermagem gerontogeriatrica com a equipe de enfermagem das UBSs/ESF para o avanço da prática da atenção básica ao idoso e sua família, e de empreendedorismo social para desenhos inovadores alternativos ou complementares de serviços gerontogeriatricos.

**Palavras-chave:** Idoso.  
Família. Cuidado.  
Enfermagem.  
Gerontologia.

## Abstract

Lecture performed at the VIII Brazilian Conference on Gerontologic and Geriatric Nursing, in April 2010. It was held in Rio de Janeiro and organized by the ABEn/RJ. The complexity of care on gerontogeriatric nursing in the daily practice has been developed in topics: the complexity of Gerontology related to the phenomenon of

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Pesquisadora produtividade do CNPq. Uma das líderes do GESPI-Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas.

Este artigo foi elaborado a partir de Conferência proferida na VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em abril de 2010. Rio de Janeiro, 14 à 16/4/2010.

Correspondência / *Correspondence*

Lúcia Hisako Takase Goncalves  
UFSC/CCS/Enfermagem  
Campus Trindade. CP 476  
88040-960 - Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: lucia.takase@pq.cnpq.br

population aging, whose emerging and interdisciplinary field of knowledge is facing challenges and imperative responses to the rapid changes in society, due to the increase of the elderly population and of people's longevity. Thus, the public policies and aging population present political-economic obstacles and challenges in the operation of the local health system, in the program for the elderly that has already been established by the ordinance of the health policy for the elderly. Finally, the challenges of nursing in daily practices to the elderly, which highlight the need to implement the elderly's program at the UBS / ESF, along with the health staff proper training, the connection between gerontogeriatric nursing and nursing staff at the UBS/ESF, in order to improve the primary care for the elderly, their families and social entrepreneurship for alternative or complementary designs from gerontogeriatric services.

**Key words:** Elder. Family. Care. Nursing. Gerontology.

## INTRODUÇÃO

Ao agradecer a Comissão Organizadora da VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica pelo honroso convite para proferir esta conferência acerca da prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica no país, especialidade emergente que, graças aos esforços de um grupo minoritário de colegas simpatizantes da enfermagem para pessoas idosas, conseguiu imprimir o estatuto de especialidade da Enfermagem Gerontológica junto ao Departamento Científico da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn e cuja comunicação oficial foi feita aqui neste evento, cumprimento efusivamente esse grupo de enfermeiras\* que se juntaram à Comissão Organizadora da presente Jornada para tal empreendimento.

Falar de complexidade dos cuidados de enfermagem e, por extensão, dos cuidados de enfermagem gerontogeriatrica na atualidade, em tempos pós-modernos, impõe-nos revisar nossas próprias concepções da natureza humana e tudo que a cerca, neste mundo em constante transformação<sup>1,2</sup>. Antes mesmo de abordar o cuidado de enfermagem, convém lembrar a complexidade da Gerontologia, que nasceu da conjunção de disciplinas que compõem um campo de conhecimento interdisciplinar, ou ainda, transdisciplinar. Este campo de estudo busca reconhecer e compreender o fenômeno do envelhecimento humano em meio a complexas e

dinâmicas mundanças que se operam no panorama do envelhecimento populacional global, impondo à sociedade definições e redefinições constantes de políticas públicas, sociais e sobretudo de saúde, as quais não estão livres de entraves e desafios.

### A complexidade da Gerontologia em face do envelhecimento populacional

Descrita pela primeira vez em 1903 por Metchnikoff, a Gerontologia estuda o Homem em seu processo de envelhecimento envolvendo as mais variadas e múltiplas dimensões, transcendendo o campo das disciplinas da saúde<sup>2</sup>. Aos poucos conhecimentos do processo de envelhecimento humano acumulados até então, crescem-se as influências históricas, temporais e espaciais nesse processo que devem ser reconhecidas, tornando complexo e multifacetado o enfoque tanto individual quanto coletivo.

Entre as mudanças observadas nas sociedades, o envelhecimento da população se mostra como fenômeno de amplitude mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2025 haverá 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, dos quais os muito idosos – com 80 ou mais anos – constituem o estrato etário de maior crescimento. No Brasil, estima-se que haverá cerca de 34 milhões de idosos em 2025, elevando-o à sexta posição entre os países com maior número de pessoas idosas<sup>3,4</sup>. Dessa forma, o crescimento

\* Enfermeira(s) no gênero feminino será adotado ao longo do texto porque a categoria ainda é majoritariamente exercida por mulher, contudo o colega do gênero masculino tem aqui igual consideração.



da população idosa no país deve merecer, cada vez mais, o interesse dos órgãos públicos e da sociedade em geral, levando-se em consideração principalmente as questões demográficas, econômicas, sociais e de saúde do país. A medida que a idade avança, cresce a probabilidade de progressiva perda de recursos físicos e psicossociais, podendo deixar indivíduos impotentes, indefesos, fragilizados para tomar suas próprias decisões no enfrentamento cotidiano, levando-os a possíveis situações de desamparo. Muitos poderão não ter o apoio necessário em família nem renda suficiente, obrigando-os a morar em asilo ou albergue, como já observado nos dados de pobreza do IBGE/PNAD<sup>3-5</sup>. É significativo o efeito da idade avançada somado a certas condições causadoras de dependência muito frequentes, como demência, fratura de quadril, acidente vascular cerebral, doenças reumáticas e deficiência visual<sup>6</sup>, entre outras. Tais situações reduzem a capacidade do indivíduo de superar os desafios ambientais em meio a condições de pouca agilidade e insuficiência de atendimento pelo sistema de saúde.

Dados brasileiros comparados com os do Canadá, por exemplo, revelam que o Brasil já conseguiu atingir uma cifra semelhante à dos países desenvolvidos em termos de expectativa de vida aos 60 anos de idade em mais 19,33 anos de vida para os homens e mais 22,40 anos para as mulheres. Contudo, o número de anos de vida sem saúde para homens foi de 7,7 anos (40%) e 8,7 anos (39%) para mulheres, em contraposição ao Canadá, onde esse tempo de vida sem saúde foi de 3,7 anos (19%) para homens e 4,6 (19%) para mulheres<sup>6-8</sup>. Eis aí um desafio para as políticas de saúde do país, considerando a proposição da OMS e das Nações Unidas, de “adicionar vida com qualidade aos anos acrescidos”<sup>6</sup>. A longevidade obtida com investimento em aumento da expectativa de vida deve ser acompanhada de outros ingredientes, além da ampliação dos serviços específicos de saúde, como amplo programa de promoção e controle da saúde ao longo de todo o ciclo vital, aliado ao programa de integração social, com perspectivas de oferecer melhor qualidade de vida às populações.

## As políticas públicas sociais e de saúde no envelhecimento - entraves e desafios

No Brasil, embora a meritória *Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa*<sup>9</sup> contemple o cumprimento do “propósito basilar de promoção do envelhecimento saudável, manutenção e melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”, essa política só considera o deslocamento do idoso para um serviço de longa permanência, seja ele hospital, asilo, casa de repouso ou similares quando falharem todos os esforços anteriores. Tal ideologia de falha pode demonstrar a negação da condição humana, cuja trajetória de vida na velhice acaba incondicionalmente na terminalidade, na morte, antecedida muitas vezes de condições de dependência de outrem para cuidados condignos de conforto e proteção até os últimos dias finais. Convém lembrar aqui as evidentes situações de cronicidade prolongada por anos com dependência e o estresse da família cuidadora, como é o caso de idosos com doença de Alzheimer.

O desafio imposto pelo crescente aumento da longevidade nos tempos atuais, com maior possibilidade de instalação da cronicidade, novas demandas de atenção à vida e saúde nos diferentes níveis se avizinham para o chamado estrato da quarta idade ou de idosos em idade avançada (octogenários, nonagenários e até centenários), mais vulneráveis a se tornarem fragilizados. Portanto, a conquista de política de direito aos cuidados continuados vai depender da luta política e cidadã de todos: comunidades, incluindo as famílias, profissionais, gestores, órgãos governamentais e não-governamentais, e da vontade política dos próprios governantes. E também a política de proteção social do seguro de cuidados prolongados ou de longo termo há de ser instituída em futuro próximo<sup>7,9,10</sup>.

## A complexidade do cuidado no cotidiano da prática da enfermagem gerontogeriatrica: seus desafios

### A assistência primária de saúde

Entre os principais *locus* de cuidados da enfermagem gerontogeriatrica está a atenção primária de saúde, cuja concepção de cuidados está na integração das multidimensões do viver envelhecendo das pessoas, com vistas à manutenção de uma vida com mais qualidade possível, valorizando-as em suas capacidades e potencialidades presentes, para juntamente com a família e membros da comunidade circundante, buscar e utilizar recursos disponíveis em seu entorno e incitar serviços públicos: sociais e de saúde na solução de problemas mais prementes, fazendo valer o poder cidadão.

Em meio à complexidade do mundo atual, a prática do cuidado dispensado pela enfermeira há de considerar um referencial cujo foco é a pessoa idosa e respectiva família, como cidadãos, protagonistas de seu próprio viver e partícipes de uma comunidade, cultura e sociedade. Deve-se compreender que cada ser idoso, usuário de seus serviços, é um ser único que possui sua trajetória histórica, enriquecida de vivências, somando à vida presente as perspectivas de vida futura, e que busca incessantemente ser feliz e dar sentido ao seu viver<sup>2,9-11</sup>. Nesse contexto, entretanto, é imperativo destacar a possibilidade do envelhecer com qualidade, quando é privilegiada a ética humanista na política pública de ações governamentais com desdobramentos em promoção do envelhecimento bem-sucedido, ativo ou saudável, com qualidade de vida e bem-estar; em provimento e gerenciamento de tratamento e cuidados específicos de longo termo aos idosos dependentes e fragilizados no domicílio com suporte aos familiares cuidadores, para um viver condigno da família como uma unidade, enquanto diretrizes de desenvolvimento social de uma sociedade.

Cuidar de idosos para uma vida ativa, saudável, independente e autônoma até a proximidade de seu fim terreno é um ideal nem sempre alcançável. Imponderáveis da vida soem acontecer mesmo

com todos os “imaginados” cuidados, por isso total consideração de equidade de atenção com cuidados condignos próprios da ética humanista a idosos em situação de cronicidade avançada até os seus últimos dias é um imperativo quando se deseja uma sociedade sensível, solidária e amorosa.

Estudos populacionais e epidemiológicos realizados no país têm demonstrado que mais de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades. A presença de uma ou mais enfermidades crônicas, contudo, não significa perder a autonomia e a independência no viver diário. Entretanto, os mesmos estudos revelaram que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como banhar-se, vestir-se, ir ao sanitário, alimentar-se e até sentar-se e/ou levantar-se e deslocar-se da cama para a cadeira e de volta para a cama<sup>4,5,7,8</sup>.

Como dito, a assistência primária de saúde é, por excelência, o foco de atenção da pessoa idosa em família e na comunidade, e nesse sentido o Programa de Saúde da Família (PSF), em expansão em todo o território nacional, privilegia o atendimento da família em seu contexto doméstico, constituindo-se hoje a Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelo Ministério da Saúde (MS). Legislações várias já existem para sua operacionalização, inclusive orientações específicas no atendimento do idoso encontram-se inscritas no *Caderno de Atenção Básica à Pessoa Idosa*, enfatizando que “a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras”<sup>10,11</sup>. E sugere-se que as equipes de ESF e da Unidade Básica de Saúde (UBS) assumam atribuições comuns, como: a) conhecer

a realidade das famílias, com ênfase nas suas características sociais, econômicas culturais, demográficas e epidemiológicas; b) identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais os idosos estão expostos, e elaborar um plano local para seu enfrentamento; c) executar procedimentos de vigilância à saúde de pessoas idosas; d) valorizar as relações com o idoso/família, com vistas à criação de vínculo de confiança, afeto e respeito; e) priorizar a visita domiciliária ante as necessidades da família do idoso; f) prestar assistência integral às pessoas idosas segundo suas reais necessidades, de forma contínua e racional; g) buscar acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contrarreferência para aqueles com problemas mais complexos; h) coordenar/participar e/ou organizar grupos para educação em saúde; i) promover ações intersetoriais e de parceria com organizações formais e informais existentes na comunidade, para o enfrentamento conjunto de problemas identificados na população idosa; j) estimular a participação popular na discussão de conceitos de direitos humanos sobre a cidadania e suas bases legais.

Contudo, na prática diária desses serviços, observando-se as enfermeiras que costumam coordenar a gestão dos cuidados prestados, pouco se observam ações específicas dirigidas à pessoa do idoso como usuária e sua respectiva família. Tal fato se deve à falta de mobilização dos gestores centrais e de *capacitação* específica em gerontogeriatría das equipes da ESF e da UBS, além da não opção de muitos governantes municipais de eleger a atenção ao idoso entre os programas prioritários nas unidades de sua jurisdição<sup>12,13</sup>. Mesmo assim, observam-se algumas iniciativas locais louváveis, da enfermeira que se vale de sua governabilidade possível e investe sua criatividade em ações cuidativas voltadas para os idosos e seus familiares, geralmente acompanhantes ou cuidadores<sup>13-15</sup>.

O atendimento do idoso no seio de sua família pressupõe um cuidado ideal, e normas orientadoras não faltam para realizá-lo. Na ESF, a *Visitação Domiciliar* – inicialmente a cargo do agente comunitário de saúde (ACS), objetiva colher

informações das demandas do idoso e de seus familiares, do ambiente físico e social e do funcionamento familiar. Uma vez identificada como prioridade de *Assistência domiciliar*, a família recebe a visita da equipe profissional incluindo necessariamente a enfermeira e o médico, com o objetivo de diagnosticar seus problemas e potencialidades, e prescrever o tratamento e cuidados do idoso e de seus membros familiares. Ou seja, um conjunto de atividades integradas entre si, de natureza assistencial e preventiva, executadas pela equipe em conjunto com os familiares cuidadores. A periodicidade da visita depende da complexidade da situação. Há ainda a possibilidade de *Internação domiciliar*, que exige a instalação de um mini-hospital domiciliário e compreende a execução de cuidados continuados do paciente, com aplicação de tecnologias cuidativas específicas e mais complexas, com visitas frequentes da equipe e acompanhamento com monitoramento a distância, via comunicação com os cuidadores. Recentemente o Ministério da Saúde publicou os requisitos para que a Unidade Básica de Saúde (UBS) proceda à internação domiciliar. Tal modalidade se encontra em processo de instalação, a critério de cada administração municipal. Independentemente de sua instalação ou não, espera-se que a enfermeira da equipe de UBS/ESF, ao atuar na família, traga em sua concepção a compreensão e o respeito à particularidade e à intimidade de cada família, agindo com sensibilidade e cuidado, sempre observando os princípios éticos e legais que norteiam a profissão<sup>11</sup>. Assim, o atendimento da família com foco no idoso objetiva basicamente: a) recuperar, proteger e promover a saúde mediante ações profiláticas; b) avaliar a dinâmica familiar e ambiente doméstico, estabelecendo um adequado plano assistencial privilegiando o autocuidado em família; c) acompanhar a evolução do estado de saúde do idoso/familiar e respectivo desenvolvimento de cuidados; d) fornecer informação, orientações e apoio sempre que a situação requerer, capacitar e avaliar constantemente familiares cuidadores como também cuidadores contratados se houver, para a execução dos cuidados diários ao paciente; e) fazer os encaminhamentos devidos a cada um dos membros da família sempre que a situação requerer, com atenção especial à

evolução do estado de saúde do idoso, quando houver episódios que exijam assistência de maior complexidade, acionar o sistema de referência e contrarreferência, buscando atendimento tão pronto possível.

Infelizmente, na realidade atual, esse sistema é quase sempre precário, deixando os usuários idosos em fila de longa espera para o atendimento. Esses idosos muitas vezes não resistem à espera e acabam recorrendo a uma emergência/pronto-socorro. Aqui cabe à enfermeira um empenho pessoal, diligente e comprometido para buscar atendimento mais rápido, exercendo a cidadania de relação, pois sabemos que o idoso não consegue esperar: sem atendimento, seu estado de saúde deteriora-se rapidamente.

As atribuições exigidas da equipe profissional em atenção primária na abordagem do usuário idoso referem-se às competências e habilidades próprias segundo as especificidades de cuidado que requer. É necessário que a equipe dirija um olhar especial à população idosa segundo os princípios básicos norteadores como de identificação das mudanças físicas consideradas normais e detecção precoce de alterações patológicas com as devidas intervenções; de alerta da comunidade sobre fatores de risco a que pessoas idosas estão expostas, dentro ou fora do domicílio, e meios para eliminá-los ou minimizá-los, sempre em parceria com o próprio grupo idoso e famílias. Na atenção básica, é importante manter o usuário idoso na rotina da vida familiar e da vida em comunidade, o que é fundamental na preservação do seu equilíbrio físico, mental e social. Defender a vida da pessoa idosa em solidariedade com os membros da comunidade circundante de forma alegre, participativa e afetiva fará o idoso sentir-se feliz, com saúde e bem-estar, conferindo à atenção básica de saúde o caráter de integralidade, aliando à objetiva competência técnico-científica a subjetividade da natureza humana, e capacidade de melhor resolubilidade de suas ações com o usuário idoso enquanto cliente único com necessidades particulares e ao mesmo tempo um todo composto de família e comunidade beneficiária.

Tal competência especializada gerontogeriatrica, todavia, está a carecer não só de programação de educação continuada de capacitação de recursos humanos para a mudança postural paradigmática de atendimento com enfoque na pessoa do usuário tão apregoado pelo SUS, e aqui especificamente no idoso e seu entorno sociocultural, mas também a vontade política dos gestores e governantes locais e regionais na priorização e instalação de programa do idoso no sistema de saúde e provimento de recursos necessários ao seu pleno funcionamento. Mas força da vontade política há de vir na medida das demandas criadas pelos próprios protagonistas: a comunidade e seus cidadãos idosos, e as enfermeiras são, entre outros profissionais da saúde, as que mais conhecem a realidade da vida e da saúde dos usuários e suas famílias, razão pela qual devem atuar como defensoras da causa dos idosos<sup>13,14,15</sup>.

#### A prática da enfermagem gerontogeriatrica em serviços de saúde

Os cuidados de enfermagem aos idosos são praticados em quaisquer serviços de assistência à saúde para adultos: públicos ou privados, de diferentes níveis de complexidade, em regime de emprego ou atuação autônoma e até empreendimentos de serviços e programas usuais ou inovadores, aqueles requeridos pela sociedade em constante mudança.

Em meio à **complexidade do cuidado cotidiano** do ser que envelhece, a enfermagem tem por concepção visualizar o processo de cuidar<sup>2,10,12</sup> em sua particularidade, vinculado ao ente dos cuidados: o idoso envolto em todo seu contexto de vida como cliente da enfermagem. Ademais, o cuidar é um processo dinâmico que depende da interação e das ações planejadas a partir da compreensão e do respeito à realidade do cliente, de sua família e de seu meio sociocultural. Tal concepção da enfermagem gerontogeriatrica pressupõe a integralização das multidimensões do viver da pessoa idosa — as conhecidas e as que estão para ser desveladas — para a promoção do viver mais saudável possível

e exaltação da vida enquanto se vivencia o envelhecer, lançando mão de recursos disponíveis e capacidades presentes, adotando comportamentos e práticas saudáveis sempre negociadas horizontalmente entre o idoso, família e enfermeira, almejando o contínuo desenvolvimento pessoal de todos os envolvidos. Faz parte do cuidado preservar a relação dinâmica entre o profissional e o cliente, com vistas a resolver problemas imediatos nos momentos em que a situação exige. Assim, sugere-se encarar a prática do cuidado de enfermagem gerontogeriatrica como uma especificidade, tanto no interior da prática da enfermagem em si, quanto da prática gerontológica exercida pela equipe multiprofissional.

Essa especificidade pode ser demonstrada em diferentes níveis de atuação da enfermagem, no cuidado da vida e saúde de uma pessoa idosa em particular e da população idosa em geral, enquanto cuidado que visa a promover a saúde coletiva da dita população.

Imbuída de visão holística do ser humano, a enfermeira desenvolve suas atividades profissionais com o cliente idoso de modo pontual em aspectos específicos de sua competência. Entretanto, atua sempre cooperativamente, em postura interdisciplinar, com os demais membros da equipe multiprofissional gerontogeriatrica, com vistas ao fim comum: o atendimento (cuidado) eficaz e eficiente que resulte em bem-estar e maior qualidade de vida do cliente.

O processo de cuidar se dá em ações consecutivas, de modo interativo, dialogal, entre quem provê o cuidado e quem o recebe. Geralmente, o primeiro tem papel mais ativo, porque desenvolve ações de cuidar, enquanto o segundo, quando em situação de alta dependência, tem papel mais passivo, embora sempre participe, na devida medida, de seus cuidados e de aprendizagem de práticas de autocuidado e do envelhecer com qualidade, enquanto se recupera. Devido a essa relação de dependência que se estabelece, mesmo temporal/circunstancial, ao cuidar, a enfermeira se vigia para não prevalecer seu poder que oprime/anula, mas que prevaleça

o que acrescenta e imprime crescimento a ambas as partes, à enfermeira e ao idoso e seus familiares, estes últimos os partícipes mais importantes do processo de cuidar. Por isso, mais do que dependência, o conceito de interdependência deve ser a tônica da enfermagem gerontogeriatrica, para a qual o processo do cuidar é permeado por responsabilidade ética desenvolvida por comportamentos de compromisso, solidariedade, disponibilidade, respeito e confiança, consideração e compaixão. A interdependência se dá em várias instâncias, além da já aludida: entre o idoso e a família cuidadora, entre os vários familiares cuidadores quando se envolvem na tarefa do cuidar em regime de rodízio, e também entre os membros profissionais da equipe gerontogeriatrica, tomando caráter de entreaajuda e de crescimento mútuo tanto profissional quanto pessoal<sup>2,12,13</sup>.

No **cuidado cotidiano de enfermagem** com pessoas idosas, convencionou-se resumir assim suas metas principais: promoção de um viver saudável; compensação de limitações e incapacidades; provisão de apoio e controle no curso do envelhecimento; tratamento e cuidados específicos e facilitação do processo de cuidar. Atingir essas metas é o que visam às práticas de cuidados pela enfermagem<sup>2</sup>.

No âmbito da **promoção de um viver saudável** durante o processo do envelhecimento, a prática do cuidado de enfermagem centra-se principalmente na educação para o cuidado da vida e da saúde. De posse dos conhecimentos e das experiências acumuladas no campo da gerontogeriatrica, enfatiza-se a consideração dos seguintes cuidados: adoção ou revisão de estilos de vida saudáveis; que concerne ao autocuidado, enquanto exercendo as atividades de vida diária; de controle apropriado das eventuais condições de cronicidade; de prevenção atenta aos fatores de risco específicos na velhice. Tais atividades devem ser desenvolvidas em sala de aula de universidade aberta da terceira idade, quando a enfermeira participa de aulas de educação para a saúde, cuja abordagem deve partir das questões que emergem do próprio grupo, quando se oportunizam discussões sobre os possíveis

comportamentos saudáveis de cuidados pessoais para a vida enquanto se envelhece. Tais abordagens, essencialmente de promoção, deverão fazer parte também dos programas educativos em ambulatórios, unidades sanitárias e em quaisquer outros serviços sociais e de saúde.

Quanto à meta da **compensação de limitações e incapacidades**, o foco principal da enfermagem consiste no cuidado relativo à busca precoce da recuperação e da reabilitação no melhor nível possível, segundo a condição pessoal particular do idoso, privilegiando sempre suas capacidades e habilidades de autocuidado e permitindo-o permanecer socialmente integrado.

Convém ilustrar aqui o papel de coordenação e articulação da enfermeira ao tomar providências, valendo-se dos multiprofissionais dos serviços e programas disponíveis, em conjunto com a família do idoso. Por exemplo: aquele que sofreu acidente vascular cerebral e com recente alta hospitalar que necessita de continuidade de cuidados para sua recuperação e reabilitação. Os cuidados da enfermeira se organizam aqui para encontrar uma conduta integrada no gerenciamento de continuidade do cuidado no lar, apoiando, orientando, encaminhando e facilitando o acesso a serviços de reabilitação; e acompanhando periodicamente a família cuidadora, seja por meio de assistência domiciliar, seja em consultas ambulatoriais e, ainda, agilizando o atendimento em episódios emergenciais, valendo-se de todos os meios mais rápidos. Em serviços públicos, essa meta deixa a desejar. Idosos muitas vezes não conseguem frequentar assiduamente os programas de reabilitação, ora por falta de serviço em sua área de moradia, ora por falta de meios de transporte. O desafio aqui está em ativar movimentos reivindicatórios da comunidade afetada para sensibilizar autoridade de saúde com relação ao grave problema de lacunas no sistema de referência e contrarreferência. Nesse aspecto, a participação da enfermeira e de toda a equipe é imprescindível.

Para atingir a meta da **provisão de apoio e controle no curso do envelhecimento**, a enfermagem participa com seus cuidados que

facilitam obter suporte e acompanhamento em diversas circunstâncias do *continuum* saúde-doença, impedindo a instalação de disfuncionalidades e favorecendo a manutenção ou melhoria da saúde ao longo do curso da vida. Considerando a frequência com que o processo de envelhecimento transcorre acompanhado de condições crônicas, o tratamento, os cuidados e o controle de doenças ao longo da vida são essenciais. Impedir ou atenuar a instalação de deficiências e incapacidades por causas patológicas pode minimizar o estado crescente de fragilização.

Os cuidados de acompanhamento ao longo da vida devem pautar-se, tanto quanto possível, pela manutenção do bem-estar e pelo estímulo a uma vida condigna. Geralmente esses cuidados cotidianos se dão no contexto domiciliar, em família. Assim sendo, também o período de aproximação da morte aí se dá. A tendência atual de promover assistência do idoso no domicílio faz com que o cuidado ao idoso em condição terminal e aos familiares enlutados se torne parte importante da assistência domiciliar, quando é imprescindível a presença da enfermagem gerontogeriátrica com cuidados paliativos. Contudo, é necessário estar alerta e usar de sensibilidade para não impor cargas insuportáveis à família em situações de grande sofrimento pela iminência da morte esperada, encaminhando o idoso para internação em hospital ou unidade paliativa, se houver.

Na meta do **tratamento e cuidado específicos**, a enfermagem presta cuidados ao cliente idoso tão adequadamente quanto possível, na medida de sua competência, com fundamento nos conhecimentos sempre atualizados do campo da Gerontogeriatrics e na habilidade para aplicar tecnologias cuidativas e de terapêuticas geriátricas específicas. Ilustremos com alguns exemplos. Os cuidados de enfermagem encontram especificidade no estado de imobilidade, quando uma atenção especial é prestada ao idoso na prevenção de úlceras por pressão que podem vir a manifestar-se com gravidade e de difícil debelação. Também a condição de incontinência urinária, sobretudo em idosas, exige uma tecnologia cuidativa especial, devido às

repercussões psicossociais que deterioram a qualidade de vida das pessoas. A instabilidade postural e o risco de quedas em idosos é outra condição comum, de graves consequências para manter sua autonomia e independência no processo de envelhecimento, demandando diligente e sistemático cuidado. O cuidado dos pés do idoso em geral, e do idoso diabético em particular, merecem também uma atenção especial, de vez que lhes possibilita continuar locomovendo-se e mantendo suas relações sociais, além de ajudá-lo na prevenção de instabilidades da marcha e consequentes quedas.

A **facilitação do processo de cuidar** depende amplamente da diligência da enfermeira em prover seus cuidados, favorecendo um processo de atendimento que vá ao encontro das reais necessidades do idoso sob cuidados e de seus familiares cuidadores. Considerando que a instalação dos serviços gerontogeriatricos ainda é incipiente em nosso meio, suas atividades carecem de sistematização e de tecnologias apropriadas de cuidado. Muito ainda está por ser criado ou recriado, a fim de que os referidos serviços, programas e instituições se tornem, efetivamente, funcionantes como sistema de referência e contrar-referência, permitindo que o atendimento de um cliente idoso em um dado serviço venha a desencadear um fluxo ágil de atenção integral e continuada.

Entretanto, enquanto todo um sistema não se compõe, o dia a dia da assistência de saúde da clientela idosa merece consideração em quaisquer circunstâncias e condições de atendimento, observando-se com frequência o atendimento realizado com improvisações e adaptações às necessidades particulares em âmbito de serviços gerais, não especializados. Também se observam invenções bastante criativas para suprir necessidades de adaptação, principalmente em âmbito domiciliar, onde é quase um imperativo o cuidado continuado de idoso doente e/ou fragilizado executado pela família<sup>10,12,13,15</sup>.

Para a enfermagem, que desempenha papel central na assistência domiciliar<sup>13</sup>, urge resgatar sua função no serviço público, hoje o *locus* ideal

na equipe de ESF e da UBS, para dedicar-se aos cuidados especializados a cada situação particular do usuário idoso, principalmente daquele em estado de vulnerabilidade, portador de multipatologia com declínio da funcionalidade, em alta dependência para as atividades da vida diária, em progressiva condição demencial, ou em situação de terminalidade. Ademais, a questão do cuidado do idoso dependente não está prevista pelo SUS de forma específica e efetiva, incluindo previsão de financiamento das ações e estabelecendo uma rede de suporte institucional e comunitária<sup>11</sup>. Os cuidadores leigos, geralmente familiares que funcionam como cuidador principal e secundário, deveriam ser vistos como parceiros no cuidado dos idosos<sup>2,14,15</sup>, também considerados usuários do serviço de saúde e cliente da enfermagem e alvo de atenção de saúde, pois cada qual, enquanto uma família, estabelece uma dinâmica de interações no provimento de cuidados, muitas vezes estressantes, afetando individualmente a saúde de cada um e ao mesmo tempo a saúde do grupo familiar em seu todo.

Essas proposições de cuidados de enfermagem ao idoso, outras a serem pensadas e outras ainda que serão exigidas em resposta a novas questões que hão de emergir no fluxo histórico-temporal dos acontecimentos futuros, são os desafios que se apresentam à enfermagem gerontogeriatrica e clamam por esforços concentrados no encontro de estratégias assistivas viáveis e condizentes que atendam às necessidades básicas de saúde e confirmem a melhor qualidade de vida e bem-estar possível do idoso e sua família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso meio, a enfermagem gerontogeriatrica desponta recentemente como especialidade no conjunto da enfermagem geral. E como tal, há que se firmar em futuro próximo, desenvolvendo padrões mínimos de sua atuação em campo próprio que norteiam o exercício profissional.

O processo do cuidar enquanto cuidado profissional, fenômeno observável, deriva do

cuidado humano que, no dizer de Boff<sup>16</sup>, representa o *ethos* do ser humano, a condição possibilitadora da existência humana.

Embora tenha no cuidado profissional sua essência e seu objeto definido de atuação, a enfermagem não deve permanecer estática. Há um movimento contínuo e crescente de definição e redefinições, em busca da precisão e de atualização. É assim que se impõe a especialidade em questão.

A ciência e a arte do cuidado humano se incorporam à visão cósmica, integradora e holística da natureza humana. Se os requisitos multidimensionais complexos, muitos deles incertos e inatingíveis, forem considerados pelos profissionais do cuidado, certamente os seres que deles necessitam irão auferir benefícios imensuráveis. Assim, a competência técnico-científica, aliada aos valores humanísticos de solidariedade, respeito, afeto e compaixão, parte do cuidado profissional, só pode ocorrer numa dinâmica terapêutica afetiva peculiar, sensível e em cuja construção relacional do profissional com o idoso e sua família/comunidade, todos os envolvidos possam desenvolver-se plenamente como pessoas no mundo. Lembremos que somos *gente que cuida de gente*, como afirmou a saudosa enfermeira brasileira Wanda Horta, cuja vida pessoal e profissional foi marcada por imensa sensibilidade humana.

Contudo, sem se afastar do ideal dos valores do cuidado humanístico, desafios urgentes de ordem prática se impõem, sobretudo aos profissionais da equipe gerontogeriatrica, incluindo aqui necessariamente as enfermeiras, como propulsoras de soluções criativas e imaginativas para a organização e funcionamento interno de serviços que possibilitem o atendimento do idoso/família/comunidade em tempo devido e contínuo de assistência requerida. Há luzes, embora ainda tênues, que nos conduzem a tal empreendimento. Já existe espaço promissor no setor privado para o atendimento de necessidades do viver diário das pessoas idosas mas, no setor público, novas possibilidades parecem surgir diante de uma nova concepção de

organização social que sobrevive por ser empreendedora, num sentido mais ampliado<sup>17,18</sup>. O conceito de empreendedorismo não se aplica somente ao profissional de empresa privada que sabe vender produto de alta qualidade, que vai ao encontro das necessidades do cliente e ainda por preço compatível. Empreender é necessário na área da saúde, principalmente na área emergente da gerontogeriatrica, não só para a busca de novos espaços de trabalho, mas para incrementar opções de atendimento de idosos que vislumbrem inovações estratégicas conciliadoras de qualidade de cuidados e recursos disponíveis combinando recursos e talentos<sup>17,18</sup>.

Assim, propõe-se que as enfermeiras atuantes na área gerontogeriatrica se articulem com as enfermeiras das equipes da Estratégia de Saúde da Família e atentem para as possíveis proposições que vislumbrem caminhos de reconstrução de práticas como:

a) Reorganização dos serviços de saúde como unidades empreendedoras sociais promovendo o viver mais saudável trabalhando em parcerias, compartilhando multiusos, integrando competências de outros setores sociais, somando esforços e recursos de responsabilidade do Estado e envolvendo a participação e compromisso de cada cidadão e da comunidade em geral.

b) Inovação e adaptação de instalações e equipamentos para cuidados no domicílio, principalmente na internação domiciliária, que requer necessariamente adaptações que facilitem a equipe de enfermagem e os familiares cuidadores no cuidado do idoso doente em suas mais variadas condições de disfuncionalidade e necessidades.

c) Desenvolvimento de modelos de oficinas educativas de ativação da memória e outras estratégias inovadoras de tecnologias cuidativas e educativas que envolvam a comunidade, com vistas a promover e manter a integração social e prevenir a exclusão social das pessoas idosas.

d) Organização de redes de apoio comunitário reunindo capacidades e potencialidades vocacionadas de determinada comunidade, para



as múltiplas situações de necessidade de apoio ao idoso que vive em seu lar cuidado pela família, nem sempre encontrando ajuda disponível.

e) Incorporação ao sistema de referência e contrarreferência de protocolos ágeis de encaminhamento de idosos atendidos em serviços de atenção de média e alta complexidade, com vistas a manter um fluxo de comunicação entre as equipes que atendem os idosos e permitir a manutenção do cuidado continuado.

f) Criação, inovação e/ou adaptação de ambientes institucionais, domiciliares e comunitários propiciadores de um viver com segurança, qualidade e bem-estar, sobretudo de

idosos vulneráveis, funcionalmente mais dependentes ou mais fragilizados. A tão propalada orientação da OMS<sup>19,20</sup> pela necessidade de existência de cidade amiga dos idosos tem tudo ainda para acontecer, pois cada contexto sociocultural e histórico tem suas peculiaridades e espera ser contemplado para que, numa comunidade ou num bairro, seus moradores idosos se sintam acolhidos verdadeiramente como amigos. Tal empreendimento se vincula a uma ampla perspectiva de promoção da saúde coletiva, e sua conquista depende do esforço conjugado dos protagonistas –seus habitantes – e dos demais interessados pela causa, incluindo os profissionais de saúde e os gestores dos serviços de saúde aliados aos de outros setores mais implicados.

## REFERÊNCIAS

- Gironi JBR; Hames MLC. O Cuidar Institucional da Enfermagem na Lógica da Pós-modernidade. *Acta Paul Enferm*; 2007, v 20, n 3, p 368-72, 2007.
- Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas EV, organizador. *Tratado de Geriatria e Gerontologia 2ed*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p.1010 – 1016.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
- OPAS Rede Interagencial de Informação em Saúde -RIPSA : Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicação. Brasília: OPAS, 2002.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *PNAD 2003*. Rio de Janeiro : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003.
- Lebrão ML; Oliveira IA. *SABE – Saude, Bem Estar e Envelhecimento: Projeto SABE no Município de São Paulo*. Brasília: OPAS, 2003.
- Camarano AA; Kanso S; Mello JL. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano AA. *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.77-105.
- Ramos LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1993; 8 :313-323.
- Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.
- Silvestre JA; Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 2003, 19 (3):839-847.
- Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de Atenção Básica de Saúde: caderno n. 19*. Brasília: MS/Secretaria de Política de Saúde/ DAB, 2006.
- Alvarez AM. *Tendo que Cuidar: A Vivência dos Idosos e sua Família Cuidadora no Processo de Cuidar e Ser Cuidado em Contexto Domiciliar*. Florianópolis: UFSC/PEN; 2001.
- Schier J. *Tecnologia de educação em saúde: O grupo aqui e agora*. Porto Alegre: Sulina; 2004.
- Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico. In: Duarte YAO; Diogo MJD, organizadoras. *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-17.
- Santos SMA. *Idoso, família e cultura: um estudo sobre construção do papel do cuidador*. Campinas: Alínea; 2003
- Boff L. *Saber cuidar – ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- Gonçalves LHT, Erdmann AL. *Empreendedorismo em saúde: a enfermagem*

- gerontogeriatrica e a expansão de seu campo de ação no cuidado em saúde. Revista Ciências da Saúde (Florianópolis), 2004, 1/2 (vol.23) :11-21.
18. Erdmann AL; Steinbackes D; Alves A et al. Formando empreendedores na enfermagem: promovendo competências e aptidões sociopolíticas. Enfermeria Global; 2009, 16, junho (R. eletrônica, 10p)
  19. Velloso,ISC; Araujo,MT; Rocha, ADM; et al. A visão dos profissionais da saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma Unidade Básica. REME, 2005, 9(3): 302 – 308.
  20. OMS.Guia Global. Cidade amigas dos idosos. Genebra: OMS, 2008.

Recebido: 26/7/2010

Aprovado: 05/8/2010

# Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira?

*Intergenerational programs: how important are they to brazilian society?*

Lucia Helena de Freitas Pinho França<sup>1</sup>  
 Alcina Maria Testa Braz da Silva<sup>1</sup>  
 Márcia Simão Linhares Barreto<sup>1</sup>

## Resumo

Em 2020, a expectativa de vida no Brasil ultrapassará os 75 anos, representando 34 milhões de idosos, ou seja, 15% da população. Apesar de o envelhecimento ser um fenômeno ainda recente, a população dos idosos brasileiros é uma das maiores do mundo. O país precisa adotar medidas principalmente na área econômica, na educação, saúde e de serviços sociais, para que o envelhecimento se torne um ganho real. Algumas dessas medidas devem incluir as crianças e os jovens, de forma a prevenir os preconceitos quanto ao envelhecimento e possíveis conflitos intergeracionais que a sociedade poderá enfrentar diante das necessidades e dos recursos disponíveis. O objetivo deste artigo é ressaltar a importância dos programas intergeracionais para a quebra de preconceitos frente ao envelhecimento (ageismo), desenvolvendo atitudes que possam estimular a solidariedade e cidadania na sociedade contemporânea.

**Palavras-chave:** Programas Intergeracionais. Velhice. Conflito de Gerações. Preconceito. Educação Não-formal. Cidadania e Solidariedade.

## Abstract

In 2020, Brazilian life expectancy will be over 75 years old, representing 34 million citizens or 15 percent of population. Although ageing is a recent phenomenon, Brazilian elderly population is one of the largest in the world. The country needs to address policies especially economic ones, education, health and social services so that ageing represents a real gain. Some of these measures should include children and teenagers, in order to prevent prejudice against the elderly and ease possible intergenerational conflicts, which society may face due to its needs and available resources. The purpose of this paper is to emphasize the importance of breaking down the prejudice against elderly (ageism) developing attitudes that can improve movements toward solidarity and citizenship in contemporary society.

**Key words:** Intergenerational Programs. Ageing. Intergenerational Conflict. Prejudice. Non-formal Education. Citizenship and Solidarity.

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

Correspondência / *Correspondence*

Lúcia Helena de Freitas Pinho França  
 Email: luciafranca@luciafranca.com

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da atualidade, mas nem todos os países estão preparados para lidar com esta realidade. No Brasil, a expectativa de vida em 1940 era de 41,5 anos. Setenta anos depois, esta expectativa saltou para 73 anos, e as projeções do IBGE<sup>1</sup> apontam que, em 2020, a expectativa de vida ultrapassará os 75 anos. Nesta época, o país terá um contingente de 34 milhões de idosos, representando 15% da população. O aumento populacional de pessoas idosas ainda é um fenômeno recente dentro da realidade brasileira, e muitas ações, principalmente na área econômica, de educação, saúde e de serviços sociais, precisam ser tomadas para evitar que o envelhecimento, que é um ganho, seja reduzido a um problema.

Na outra ponta geracional estão as crianças entre 0-14 anos. Esta clientela é prioritária em atendimento governamental, apesar de a evidente queda da fecundidade e natalidade ter provocado, em apenas dez anos, uma drástica redução neste contingente, que, em 1995 representava um terço da população (32,5%) e em 2005, um quarto dos habitantes (26,5%)<sup>1</sup>. Muitas medidas precisam ainda ser tomadas para melhorar o nível de desenvolvimento deste segmento.

Apesar dos esforços e medidas governamentais como o Bolsa-Família\* e o Programa de Aceleração do Crescimento-PAC\*\*, grande parte dos estudantes da rede pública recebe educação deficitária. Por sua vez, seus professores possuem formação inadequada e recebem salários aquém das suas necessidades. Esta cadeia de causa e consequência acaba por refletir no fracasso e evasão escolar e na dificuldade de futura empregabilidade desses jovens. A sociedade vê emergir a falência nos valores éticos e morais, estimulada pela corrupção, impunidade e pelo aumento da criminalidade, num círculo que precisa ser quebrado. Pesquisa recente realizada

pelo IBOPE, em parceria com o movimento Todos pela Educação, revelou que um dos maiores problemas na educação pública é a violência nas escolas, provocada pela falta de segurança e das drogas<sup>2</sup>.

Associada a essa insegurança nas escolas, há uma quase que ausência de exemplos a serem seguidos pelos jovens. A perda de valores éticos e morais é reforçada pela impunidade e a criminalidade, que aumentam dia a dia e desencadeiam um quadro de instabilidade e de desesperança. A família vai mal, e com ela os relacionamentos, o diálogo e o repasse de valores. Esta modificação na estrutura da rede familiar, em parte provocada pelo processo urbano e migratório, empurrou muitas famílias a residirem próximas ao local de trabalho e distante dos familiares de outras gerações. Consequentemente, a falta de oportunidades de convívio com os avós (avôs) provocou o afastamento afetivo e um sentimento de estranheza e de desconhecimento frente ao envelhecimento e aos idosos, que podem levar à formação de estereótipos e preconceitos.

Não apenas o afastamento afetivo, mas um eminente conflito intergeracional deve ser levado em consideração ao serem propostos programas que atendam duas ou mais gerações. Goldani<sup>3</sup> aponta que os filhos podem ser muitas vezes o suporte econômico para os idosos, seja pela coresidência, seja pela transferência de recursos, embora estas transferências possam vir também dos próprios idosos, que são chefes de famílias extensas. O aumento considerável da população idosa e os inúmeros programas sociais voltados para eles poderão favorecer a percepção do conflito intergeracional, embora grande parte dos programas sociais existentes no Brasil tenha beneficiado toda a família.

Como lembrado por Goldani<sup>3</sup>, o plano da Assembleia de Envelhecimento Mundial em Madri<sup>4</sup> incentiva a solidariedade intergeracional

\* Programa Bolsa Família. Criado pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Disponível em URL: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>

\*\* Programa de Aceleração do Crescimento-PAC. Brasília, DF, 2007. Disponível em URL: <http://www.brasil.gov.br/pac>

tanto na família, comunidade e Estado, em função de uma sociedade melhor para todas as idades. Merz, Schuengel e Schulze<sup>5</sup> caracterizam a solidariedade como um conjunto de interesses, propósitos e simpatias entre os membros de um grupo que pode ser uma família. A solidariedade estaria relacionada a um contexto social, através de um componente moral, uma organização social e uma interação.

A solidariedade intergeracional pode reverter não só na quebra de preconceitos sociais frente ao envelhecimento, como na melhoria da qualidade de vida de jovens e idosos. Antonucci<sup>6</sup> ressalta que a maneira como o indivíduo constrói e interpreta as situações nas relações sociais produzem um efeito na sua saúde e bem-estar. As pessoas que vivenciam aspectos positivos nas relações de apoio intergeracional sentem-se mais positivas em relação a si próprias e ao seu mundo, suportando melhor a doença, o stress e outras dificuldades.

O convívio dos idosos com os seus filhos e netos pode beneficiar mutuamente as gerações, no sentido do aprimoramento dos conhecimentos em relação a história familiar, a cidade onde residem, ao mundo, e fora do contexto familiar, pode facilitar o estabelecimento de uma nova amizade/afetividade que desencadeie a solidariedade, e o desenvolvimento cognitivo social. Como apontado por França & Soares<sup>7</sup>, a afetividade assim como a sociabilidade e a comunicação podem ser desenvolvidas a vida inteira. Sob o ponto de vista pragmático, o estímulo à solidariedade, por meio da quebra de preconceitos, poderá ser obtido quando houver um ambiente propício para o conhecimento recíproco entre as gerações.

Programas intergeracionais nas comunidades, escolas e organizações podem beneficiar mutuamente os jovens e os idosos, independentemente dos laços familiares. Representam uma oportunidade para discutir os preconceitos existentes entre as faixas etárias, bem como os problemas nacionais e locais nas escolas e nos centros comunitários, de forma que as pessoas possam vislumbrar alternativas para o

bem-estar coletivo. Como Seminério<sup>8</sup> enfatizou, deve existir um canal aberto para que as trocas interpessoais contribuam para a adaptação aos ciclos de vida.

O valor do contato das crianças com os idosos é irrefutável para o resgate de valores, para a noção de tempo, a transformação ao longo dos anos e da identidade parental<sup>7</sup>. As atividades desenvolvidas entre gerações, por exemplo, entre os idosos e as crianças, devem ser permeadas pelo processo dialético, onde precisam estar presentes as situações concretas da comunidade, o processo de envelhecimento e as medidas a serem tomadas pela sociedade para garantir a mobilidade, a participação social e a independência daquele que envelhece – recomendações da Organização Mundial de Saúde em sua Política do Envelhecimento Ativo<sup>9</sup>.

## O CONCEITO DE GENERATIVIDADE E O LEGADO PARA O FUTURO

Erikson<sup>10</sup>, no seu modelo de desenvolvimento psicossocial ao longo da vida, foi o primeiro autor a introduzir o termo “generatividade”, no sétimo estágio de vida, como o contraponto à estagnação na meia idade. Em seu modelo, o autor assinalou a importância do relacionamento intergeracional harmonioso ao longo da vida. A generatividade é definida por ele como uma tarefa social importante para a vida adulta, necessária para a transição bem-sucedida à fase final de integridade.

McAdams & de St Aubin<sup>11</sup> definiram a generatividade como uma preocupação e comprometimento do adulto para com as gerações futuras. Este comprometimento envolveria o ensinamento dos pais, dos professores ou tutores, para que possam deixar um legado positivo de si próprio para o futuro. McAdams & de St Aubin<sup>12</sup> destacam sete aspectos no seu modelo de generatividade: i) demandas culturais; ii) desejo íntimo; iii) preocupação com a geração futura; iv) crença nas espécies; v) comprometimento com os objetivos; vi) criatividade e manutenção da ação; e vii) expressão narrativa em contar a estória de vida de alguém.

De acordo com McAdams & de St Aubin<sup>11</sup>, a generatividade pode ser manifesta pelo modo pelo qual um adulto descreve o sentido de sua vida, ou descrita como a criação de uma pessoa de meia-idade em função de um futuro imaginário, em que crenças e valores estão relacionados aos eventos-chave na vida. Se por alguma razão, as pessoas perdem a credibilidade nesse futuro imaginado, a identidade é então ameaçada. Neste sentido, os indivíduos precisam encontrar meios de como relacionar coerentemente este futuro diferente com o passado e o presente.

Magalhães & Gomes<sup>13</sup> apontam que o sentimento de generatividade estimularia o cuidado, o ensinamento, a liderança e a promoção do bem-estar da próxima geração pelos mais velhos. Segundo eles, há uma relação positiva entre generatividade e o comprometimento de carreira, e ressaltam a importância das atividades generativas situadas no contexto da vida profissional e as demais atividades significativas do indivíduo na comunidade, tais como a participação em movimentos sociais, trabalho voluntário, associações civis, clubes, etc.

Ainda de acordo com Magalhães & Gomes<sup>13</sup>, a importância do trabalho para os indivíduos tende a fortalecer a relação de generatividade e carreira. Por outro lado, pessoas que tenham características empreendedoras podem perceber sua identidade mais conectada com a capacidade de iniciar e programar empreendimentos que abandonarão num curto ou médio prazo, a fim de se dedicar a outro desafio. Talvez estas pessoas pudessem participar de projetos variados intergeracionais na comunidade com prazo determinado. Isto poderia trazer a elas um sentimento de realização complementar à carreira.

Guttman (1987, citado por Coleman & Podolskij, 2007)<sup>14</sup> apontou as vantagens de uma cultura coerente e estável, na qual grupos etários sucessivos se reconhecem de acordo com as fases que as pessoas estejam vivenciando. Este reconhecimento traria o senso de generatividade. Guttman afirmou ainda que quando as práticas e normas sociais de uma sociedade mudam vertiginosamente, a habilidade dos mais velhos

passam seus conhecimentos para os mais jovens, torna-se limitada, e esta limitação acaba por afetar o senso de generatividade.

Coleman & Podolskij<sup>14</sup> examinaram como o senso de continuidade de identidade dos veteranos de guerra soviéticos teria sido afetado pelas recentes mudanças na sociedade na Rússia e na Ucrânia. Eles buscaram evidências nos processos pelos quais a identidade, e em particular, o senso de generatividade, foi mantido ou perdido e recuperado. Esses pesquisadores entrevistaram 50 veteranos de guerra acerca da satisfação com a vida, da autoestima e da generatividade. A grande maioria dos pesquisados assinalou que as mudanças na Rússia e na Ucrânia resultaram em uma consequência desastrosa desde a ruptura da União Soviética, e muitos ainda preferiam o regime soviético de outrora, reclamando da falta de coesão social e de solidariedade com o novo regime. Apesar disto, a maior parte dos participantes demonstrou um alto senso de generatividade, bem-estar e um forte sentimento de esperança no futuro das suas famílias, demonstrando resiliência e uma resistência dos laços familiares com a antiga nação soviética.

Este e outros estudos podem ser replicados em comunidades cariocas que já foram mais violentas e que, se pacificadas, poderiam abrigar programas comunitários intergeracionais. Talvez o primeiro resultado fosse o reforço da sensação de segurança e de bem-estar entre os participantes, de viver sem a violência brutal com a qual conviviam anteriormente. Outros resultados esperados são o resgate de valores, da cidadania e da esperança, por meio de atividades sistemáticas idosos-crianças, priorizando a discussão das necessidades das comunidades.

Analisar a situação de risco a qual a comunidade está envolvida não deve ser necessariamente o objetivo de uma proposta intergeracional, mas a violência urbana poderá emergir nas discussões sobre solidariedade e cidadania. Estas discussões poderão trazer à tona as alternativas para a preservação da vida, da identidade e das funções individuais dentro do coletivo e do bem comum.

## ATIVIDADES INTERGERACIONAIS COMO COADJUVANTES NA FORMAÇÃO DE ATITUDES SOLIDÁRIAS E CIDADÃS

Um dos mais importantes requisitos para o desenvolvimento individual humano é o relacionamento entre pais e filhos, que traz consequências por toda a vida. A qualidade deste relacionamento pode ser medida por três indicadores: intimidade, admiração e proximidade emocional entre pais e filhos, como apontaram Schwarz et al.<sup>15</sup>. Estes pesquisadores indicaram ainda que quanto maior a intimidade e proximidade emocional da filha em relação à mãe, maior seria o apoio emocional fornecido por ela aos pais. E, quanto maior a admiração, interdependência e expectativas de dotes familiares pela filha, maior também o apoio instrumental fornecido por ela a seus pais.

Em muitos casos, as avós exercem papéis muito importantes no complemento deste desenvolvimento dos mais jovens. Pais, filhos e avós são influenciados por aspectos sócio-culturais, e responsáveis pela transmissão de valores na família e na comunidade. O relacionamento familiar é, assim, primordial para a preservação dos padrões de comportamento na sociedade.

Entretanto, este relacionamento familiar nem sempre ocorre nos moldes do ideal, principalmente porque na atualidade cada vez é mais intensa a participação das mães e pais no mercado de trabalho. Por outro lado, com o aumento do número absoluto de idosos e da postergação da idade da aposentadoria, diversos trabalhadores mais velhos precisam continuar ativos. Esta participação intensa de toda a família no mercado de trabalho, apesar de ser importante para a economia do país, força a escola a assumir uma responsabilidade quase que integral da educação das crianças, e que de fato não tem sido cumprida.

Há, sem dúvida, uma lacuna na educação dos filhos por parte dos pais e avós. Neste sentido, são reduzidas as trocas afetivas, a transmissão dos valores morais e éticos, e mesmo a passagem de cultura e do patrimônio, tão importantes para a

formação de valores e das atitudes de um adulto. Reitzes & Mutran<sup>16</sup> indicaram que o papel do trabalho é importante para os homens e mulheres, mas o papel de ser avô/avó preenche igualmente a vida das mulheres e homens mais velhos. Portanto, ainda que os pais e avós não estejam próximos aos filhos/netos, outros familiares próximos ou voluntários podem exercer uma função importante nesses relacionamentos e trocas interpessoais.

A autoridade do velho nem sempre seja tolerada pelos mais jovens, que por vezes percebem a gerontocracia como fundamentada num poder abusivo, num saber ultrapassado e numa incompetência do presente<sup>17</sup>. Ainda assim, e principalmente porque há diferenças individuais, o convívio intergeracional é um dos mais valiosos instrumentos para a quebra de preconceitos, para a passagem de conhecimentos, ajuda mútua, solidariedade e amizade. Esta interação, quando prazerosa, pode favorecer o retardo da dependência, sobretudo física, e conseqüentemente, traduzir em uma economia de recursos, que são normalmente deslocados para o tratamento de idosos. Como apontado por França & Soares<sup>7</sup> os programas e as pesquisas intergeracionais possibilitam o resgate da autoestima, a atualização frente aos padrões, normas morais e sociais, a reciclagem frente aos novos conhecimentos e a continuidade das pessoas mais velhas como seres participativos da sociedade.

Numa perspectiva além da tomada de consciência do dever, a formação de valores éticos e morais depende de uma motivação interna para a ação. Trata-se dos sentimentos mais elevados que visam a uma vida boa e uma hierarquia de valores que se conservam. Tognetta & Vinha<sup>18</sup> afirmam que, na filosofia clássica, por muito tempo a moral foi compreendida enquanto um conjunto de normas a serem seguidas e o bem e o mal, pensados como normas que vêm de fora, da religião, por exemplo. Nesse mesmo artigo, porém, citam Shaftesbury dizendo que, ao contrário, “é como a afeição natural, que amamos o bem ou queremos a moral, pois temos certas inclinações para amar” (p. 16).

Para La Taille<sup>19</sup> o tema virtude soa como um clássico da moralidade e do civismo, e alguns sinais parecem mostrar que o tema das virtudes talvez esteja renascendo: justiça, gratidão, fidelidade, generosidade e tolerância (virtudes morais); honra, coragem, polidez, prudência e humildade (virtudes de caráter). De que modo esses valores eram desenvolvidos em épocas anteriores?

O trabalho voluntário, por sua vez, é uma das formas de exercitar a moral e a cidadania, favorecendo as relações intergeracionais, unindo crianças, professores e idosos da comunidade; trabalhadores jovens e mais velhos e os aposentados, através das empresas, em função de uma proposta de ajuda mútua. França<sup>20</sup> ressalta que o voluntariado é um exercício de cidadania, canal eficaz para a intergeracionalidade e disseminação de um senso de propósito para o bem-estar do próximo e do coletivo.

Alguns idosos podem ter disponibilidade para colaborar na educação não-formal de crianças/jovens, bem como as crianças podem apoiar idosos dependentes. Os idosos podem ser atualizados, assistidos e apoiados pelos jovens, através de trocas intergeracionais que independem de laços familiares. Os jovens podem ser tutores de pessoas mais velhas em cursos que requeiram tecnologia, conhecimentos recém-adquiridos nas universidades ou mesmo que digam respeito a algo que já faz parte do dia a dia como a inserção digital. Há, portanto, uma gama enorme de alternativas de programas intergeracionais a serem desenvolvidos que propiciem troca de conhecimentos, afetividade, o resgate de valores e de memória, a quebra de preconceitos e o estímulo a atitudes solidárias e cidadãs.

Quanto à formação das atitudes cidadãs, é importante lembrar que o “ser cidadão” é muitas vezes confundido pelo direito de votar. Entretanto, o ato de votar não garante nenhuma cidadania, se não vier acompanhado de determinadas condições de nível econômico,

político, social e cultural, como apontado por Covre<sup>21</sup>. Ser cidadão “significa ter direitos e deveres, ser súdito e ser soberano” (p. 9). Tal situação está descrita na Carta de Direitos da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1948, que tem suas primeiras matrizes marcantes nas cartas de Direito dos Estados Unidos (1776) e da Revolução Francesa (1798)<sup>21</sup>.

A proposta de cidadania da Carta de Direitos da ONU é a de que todos os homens são iguais perante a lei, sem discriminação de raça, credo ou cor, cabendo a todos o domínio sobre seu corpo e sua vida, o acesso a um salário condizente para promover a própria vida, o direito à educação, à saúde, à habitação e ao lazer. E ainda, como apontado por Covre<sup>21</sup>: é direito de todos poderem expressar-se livremente, militarem em partidos políticos e sindicatos, fomentarem movimentos sociais, lutarem por seus valores. Enfim, o direito de ter uma vida digna.

Recente pesquisa visando a verificar como os jovens compreendem o civismo e a cidadania, realizada em João Pessoa, Paraíba, por Moreira, Rique, Pontes e Rodrigues<sup>22</sup>, aponta que, de maneira geral, mesmo quando as definições de civismo e cidadania demonstrem conhecimento, as justificativas que visam a relacionar cidadania como comportamento cívico são precárias em elaboração. Interpretou-se essa falta de clareza na capacidade de relacionar civismo com a cidadania, como sendo uma expressão da transição na qual se encontram os valores de civismo. Os jovens ainda não assimilaram adequadamente como os valores cívicos se acomodam dentro de um conceito mais amplo, como é o de cidadania.

A Constituição\* é uma arma na mão de todos os cidadãos, que devem saber usá-la para encaminhar e conquistar propostas mais igualitárias. Os direitos e deveres como conteúdo do exercício de cidadania são algo possível, mas depende do enfrentamento político adotado por quem tem pouco poder. Portanto, só existe

\* Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)



cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços e fazer valer os direitos do cidadão.

A prática da cidadania deve ser a estratégia utilizada nas oportunidades a serem desencadeadas pelas atividades intergeracionais no Brasil, tendo em vista a construção de uma sociedade mais justa. O direito de reivindicar deve ser o primeiro pressuposto dessa prática. Este pressuposto deve ser ampliado a toda a população, podendo ser alcançado por meio da discussão dos direitos e dos deveres das diferentes gerações, tendo em vista as atitudes solidárias e cidadãs na comunidade.

Uma das maneiras que podem aproximar gerações é o desenvolvimento de atividades lúdicas e de caráter social, que possam ecoar dentre os interesses e realidade dos participantes. Assim, tais atividades devem ser complementadas por discussão e a troca de vivências e percepções dos idosos e crianças, facilitadas pelos professores das escolas. O relacionamento advindo das atividades, reflexões e discussões oferecerão oportunidades para o reforço à solidariedade intergeracional e às atitudes cidadãs.

Esta visão corrobora o que Freire<sup>23</sup> reforçou diante da importância do contexto relacional na discussão da cidadania, argumentando que esta questão não se resume apenas ao fato de o cidadão votar, mas na necessidade de olhar a história, a partir de uma construção social e não individual. A cidadania, na perspectiva freiriana, corresponde ao “máximo de uma presença crítica no mundo da história por ela narrada.” (p. 129). Deste modo, o conceito de cidadania se encontra “casado com o conceito de participação, de ingerência nos destinos históricos e sociais do contexto onde a gente está.” (p. 129).

Associado ao pensamento de Freire<sup>23</sup> está a argumentação de Valente<sup>24</sup>, que segue no propósito de entender a cidadania moderna constituída junto com a ciência, a partir de uma análise que considere o “modo como articulamos esta forma especial do pensamento humano com as nossas dúvidas, os nossos receios, as nossas convicções ou as nossas crenças” sendo

determinante “para a nossa intervenção como cidadãos” (p. 7).

No caso da relação professor-aluno, o caráter lúdico das atividades intergeracionais educacionais será uma fonte potencial de mediação de valores e construção da cidadania, em que ambas as partes aprendam com a troca de vivências e na interlocução de saberes. Em geral, o ambiente sociomoral das escolas requer que os alunos sejam “bem comportados”. Esse tipo de educação, submisso e acrítico às regras, dificilmente contribui para situar valores. A aprendizagem e o contexto social, as vivências e as necessidades sentidas pelos participantes deverão estar presentes nas discussões. Portanto, as atividades alternativas que permeiem o lúdico e pedagógico devem ser o ponto de partida das sessões intergeracionais e parte ativa do processo de construção de novos conhecimentos e ainda de construção de uma sociedade melhor.

A interação obtida entre as atividades lúdicas e informativas e o processo dialético deverá ser permeada pelo estímulo constante à solidariedade e à cidadania. Quem educa tem a tarefa de formar para a autonomia, desenvolver a consciência, promover sensibilidade. A presença dos afetos é evidente para a constituição de um julgamento moral.

Apesar das dificuldades que a escola enfrenta para contribuir com a formação de personalidades éticas, hoje, mais do que em qualquer outra época, ela é o espaço por excelência das relações. Para cada atividade proposta, deverá sempre ser questionado até que ponto e de que forma ela irá contribuir para esta interação. Não devem ser impostas rotinas preestabelecidas, ou mesmo propor atividades que não possam contribuir para a quebra de preconceitos frente ao envelhecimento e o estímulo à solidariedade e à cidadania.

Braz da Silva et al.<sup>25</sup> analisaram as situações de ensino-aprendizagem, vivenciadas na escola, que, como instituição representativa do sistema educacional, se insere no contexto mais amplo da sociedade, sob a perspectiva de que a educação escolar possa “criar um espaço para que o sujeito se expresse e se diferencie por meio de uma

dialética que o ligue às situações socialmente elaboradas” (p. 454).

A utilização das estratégias didáticas em uma perspectiva lúdica, como parte integrante do processo de ensino-aprendizagem, é fundamental. Tais estratégias nos permitem realizar um diagnóstico minucioso de todo o processo, facilitando a identificação dos pontos de entrave e das necessidades de superação. Isto é devido, em parte, ao caráter motivador e dialógico dessas estratégias, elementos que estabelecem situações de interação entre os participantes. Nesse sentido, muito mais que um momento fragmentado do processo educativo, elas estarão orientando o próprio processo de ensino-aprendizagem. Deste modo, possibilitará, não só a aferição dos resultados alcançados, mas, sobretudo, a seleção de novas prioridades, tendo em vista a diversificação dos cenários sócio-culturais nos quais a escola está inserida.

Ao se falar em aprendizagem, é necessário esclarecer que esta não ocorre apenas nos espaços formais, ou na comunidade onde residem os idosos e os participantes de outras gerações, mas também, e com muita abrangência atualmente, nos espaços ditos informais, como os museus e os centros de ciência, os planetários, os ambientes interativos didáticos, que envolvem teatros e jogos colaborativos, como o RPGs (rolling play games). A articulação de ações educativas entre espaços formais e não-formais tem potencial de promover uma interação social capaz não só alcançar melhores condições de ensino e aprendizagem, mas desenvolver atitudes de solidariedade e cidadania<sup>26</sup>.

O foco fundamental do trabalho intergeracional deve ser o processo educativo centrado na melhoria da comunidade, e dos que dela participam, por meio de uma troca de informações, percepções e conhecimentos, nas situações práticas, de forma criativa e de maneira a se obter as bases para as ultrapassagens conceituais relevantes. De nada adianta desenvolver em sala de aula um formalismo, seja matemático ou lógico, de um determinado problema, se este não se constitui enquanto problema para os participantes da comunidade.

É necessário que se sintam seduzidos para que encontrem significação a partir das atividades desenvolvidas.

A conceituação de Luckesi (Ramos, 2000)<sup>27</sup>, projeta o lúdico um contexto maior. É necessário entender o lúdico como um “fazer humano mais amplo” (p. 52), que para o autor não se relaciona apenas à presença de brincadeiras ou jogos, mas envolve uma atitude do sujeito na ação, em que pese o envolvimento genuíno do sujeito com a atividade. O caráter motivador, por exemplo, tem em vista despertar o interesse dos idosos e das crianças ou adolescentes, implica envolvê-los em algo que tenha significado para si e para a comunidade onde residem. É necessário que se sintam seduzidos pelo que lhes é apresentado, produzido no envolvimento com o mundo, na interação com o outro, no compartilhamento de experiências e saberes.

#### Práticas intergeracionais que podem ser replicadas

O novo perfil demográfico e as demandas crescentes, tanto para os idosos quanto para as crianças, apontam para o avanço de providências e estratégias nas áreas da saúde, educação e de desenvolvimento social. Quanto ao atendimento à população que envelhece, algumas ações sociais e educativas devem ser registradas. Dentre elas, destacam-se o Trabalho Social com Idosos no SESC, iniciado em na década de 70, e que atende hoje a mais de 200 mil idosos em todo o país.

Em 1992, o SESC-Departamento Nacional implantou o projeto intergeracional Era uma vez... Atividades intergeracionais<sup>28</sup>. O projeto apresentou resultados positivos quanto ao entrosamento, solidariedade e afetividade entre as faixas etárias. A importância desse projeto foi reconhecida pela Organização das Nações Unidas<sup>29</sup>, e ainda é desenvolvido nos centros de atividades do SESC em todo o Brasil, já tendo atendido a mais de dois mil participantes. O projeto tem por objetivo o estímulo à comunicação intergeracional, pelo intercâmbio de vivências e experiências entre ambas as gerações.

Os grupos são formados por crianças e idosos, que se encontram sistematicamente em reuniões semanais sistemáticas. Nesses grupos são realizadas atividades pedagógicas, culturais e de lazer, permitindo a crianças e idosos reconhecerem-se enquanto indivíduos, independentemente das diferenças etárias existentes entre eles.

Inspiradas em dois projetos intergeracionais realizados pelo sistema SESC, duas dissertações de mestrado foram desenvolvidas. A monografia de Carvalho<sup>30</sup> utilizou o projeto do Departamento Nacional “Era uma vez... Atividades intergeracionais”, e a outra, com os participantes do Programa “Gerações” do Sesc-Campinas<sup>31</sup>. Os resultados de Lima apontam a “geratividade” como a maior forma de cooperação que uma geração pode dar às outras, e que os programas intergeracionais são incentivadores da participação efetiva dos grupos etários na comunidade e no mundo, respeitando-se e reconhecendo as diferenças e semelhanças como parte da diversidade, enfraquecendo as discriminações. Já Carvalho confirmou que o instrumento da literatura infantil é providencial no desencadeamento dos diálogos e transmissão de saberes entre as gerações

A Universidade é um ambiente propício para se aproximar as gerações. Isto vem sendo notado a partir de 1990, quando foram criadas as universidades para a terceira idade<sup>20</sup>, que se espalharam por todo o Brasil e têm feito diferença no atendimento de idosos da comunidade, seja no âmbito ambulatorial, na oferta de atividades socioculturais, na realização de pesquisas, ou nos cursos de especialização e pós-graduação em Gerontologia. Os idosos tanto podem estar participando de cursos específicos para eles, quanto cursando graduação ou pós-graduação, misturando-se com jovens universitários. Podem também simplesmente buscar sua atualização, uma nova habilidade ou um conhecimento a ser aplicado num novo tipo de trabalho, ou mesmo na vida pessoal. Nas universidades, os programas intergeracionais podem ser desenvolvidos através das atividades de extensão e pesquisa, que ao mesmo tempo facilitem a aproximação das faixas etárias e possam avançar as pesquisas sobre relacionamento e os preconceitos sociais.

Dentre as medidas governamentais que merecem destaque na área do envelhecimento, estão a criação de delegacias especiais para os idosos; a melhoria e expansão dos serviços e dos programas de saúde do idoso; a gratuidade nos transportes e a redução de preços em atividades de lazer e cultura para os mais velhos, promovidas pelo governo federal, e pelas secretarias de estado e prefeituras. Complementando essas iniciativas, em outubro de 2003, foi promulgada a Lei nº 10.741, que estabelece o Estatuto do Idoso<sup>32</sup> de vital importância para a proteção dos direitos dos idosos.

No que toca especificamente à intergeracionalidade, o Estatuto do Idoso<sup>32</sup> reforça os seguintes aspectos:

Título I, Disposições preliminares, artigo 3º, parágrafo único, item IV, que dispõe sobre a prioridade na “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações”;

Título II, Dos direitos fundamentais, Capítulo V, da Educação, Cultura e Lazer. No artigo 21, § 2º: “Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.” No artigo 22: “Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.”

Essas medidas foram muito importantes para a qualidade de vida dos idosos, mas é preciso ir além e promover uma ação de inclusão mais efetiva, para evitar processos segregatórios, combater os preconceitos aos mais velhos. Para tal, é necessário que as gerações se aproximem, independentemente das relações familiares, e possam experienciar os benefícios desses contatos. Quando reforçados pela mídia, colaboram no processo de respeito e inclusão dos idosos.

Nos Estados Unidos e em outros países como França, Japão, Nova Zelândia e Austrália, os

programas intergeracionais são mais frequentes e organizados tanto com a participação do governo, quanto pelas instituições sem fins lucrativos. Nos Estados Unidos, muitos estados promovem programas intergeracionais, como por exemplo o Departamento de Envelhecimento de Illinois,<sup>I</sup> que desenvolve um número considerável de programas intergeracionais. Uma instituição em Denver, a Rainbow Bridge<sup>II</sup> promove o relacionamento de idosos que estão nas instituições de longa permanência junto aos jovens, famílias e organizações da comunidade. Em Madison, existe o Wisconsin Intergenerational Network (WIN)<sup>III</sup>, que promove o entendimento intergeracional através de programas de educação AARP (Organização Americana de Aposentados) desenvolve o Grandparent Information Center<sup>IV</sup>, fornecendo informações para os avós que estão educando seus netos e querem exercer seu papel positivamente

Há também organismos de âmbito internacional, tais como a Generations United<sup>V</sup> que oferecem uma relação de sites que disponibilizam programas intergeracionais bem planejados em diversos países, e apresentam inúmeros benefícios tanto para os jovens quanto para os mais velhos. Alguns programas empregam trabalhadores mais velhos por meio expediente, outros treinam voluntários mais velhos para atuarem em creches públicas ou privadas.

Outra modalidade de programa intergeracional que explora aventuras em torno da aprendizagem ao longo da vida é o Exploritas Intergenerational Programs<sup>VI</sup>, uma instituição internacional sem fins lucrativos de educação e turismo, criada para os adultos (avós, pais, tias, tios ou amigos da família) participarem de uma aventura de aprendizagem com seus parentes jovens ou

amigos. Esses programas oferecem oportunidades para os avós conhecerem melhor seus netos, e para os tios e as tias e outros participantes que queiram dividir novas ideias, desafios e experiências importantes em cada fase que tiveram na vida. São oferecidos programas de aventura, turismo e lazer, voltados para a integração de faixas etárias diferentes, em prol de um mesmo interesse/atividade.

Em 1999, foi criado a International Consortium for Intergenerational Programs (ICIP)<sup>VII</sup>, um consórcio internacional com a finalidade de promover programas intergeracionais através de uma abordagem sistemática de práticas, pesquisas e políticas públicas dentro de uma perspectiva global que promove uma série de eventos internacionais nesta área. O consórcio coaduna com a ideia de que os programas intergeracionais estimulam a formação de atitudes positivas sobre as pessoas mais velhas, o fortalecimento de relacionamentos através do ciclo da vida e a inclusão social de todas as gerações.

Em termos metodológicos, os programas intergeracionais podem ser realizados sistemática ou assistematicamente, mantidos sob a forma de parcerias, com a participação de organizações governamentais e não-governamentais. Qualquer que seja o tipo do programa e sua extensão, para ser bem-sucedido é preciso haver uma forte liderança entre as instituições que irão participar, comprometida com o resultado do trabalho. Como apontado por França<sup>28</sup> o coordenador tem o papel fundamental de planejar e organizar as atividades intergeracionais, que podem ser lúdicas, pedagógicas, cidadãs, recreativas ou assistenciais. É dele também a responsabilidade pela escolha do local para sediar o programa, o mobiliário e estrutura apropriados, contando com recursos obtidos em parceria.

<sup>I</sup> Disponível em URL: <http://www.state.il.us/aging>

<sup>II</sup> Disponível em URL: <http://www.rainbowb.org>

<sup>III</sup> Disponível em URL: <http://www.win.org/resources.htm>

<sup>IV</sup> Disponível em URL: <http://www.aarp.org/grandparents>

<sup>V</sup> Disponível em URL: <http://www.gu.org>

<sup>VI</sup> Disponível em URL: [http://www.exploritas.org/programs/intergenerational\\_default.asp](http://www.exploritas.org/programs/intergenerational_default.asp)

<sup>VII</sup> Disponível em URL: <http://www.icip.info/>

Os conteúdos de um programa intergeracional podem variar desde a visita sistemática de jovens a um hospital infantil ou de idosos, trabalho voluntário em uma creche comunitária, um sistema de transporte solidário, centros de recreação e escolas da comunidade, onde os mais velhos possam ser tutores de jovens, ou vice-versa. Cada pessoa tem uma ou mais habilidades, conhecimentos, aptidões, ou sabe desenvolver uma atividade, que pode ser multiplicada e dividida por outros que não são ou não foram tão afortunados. Um programa intergeracional, para ser bem-sucedido, precisa envolver um diagnóstico inicial sobre os interesses da comunidade, a ponderação entre os recursos disponíveis e os objetivos e metas a serem cumpridos. É preciso um treinamento básico para os participantes voluntários e equipe responsável pelo desenvolvimento das atividades do programa. Não menos importante é um sistema de avaliação permanente, que ofereça condições de sustentabilidade e de multiplicação das propostas. Um programa pode iniciar suas atividades com um grupo pequeno e ir se expandindo tanto no mesmo local quanto em outras comunidades.

As práticas intergeracionais vêm demonstrando que é possível efetuar uma mudança na mentalidade da comunidade em relação à imagem do idoso e o resgate da memória de um povo através de seu patrimônio vivo. Esses resultados podem e devem ser multiplicados por outras organizações públicas e privadas. Não menos importante está a intensificação das pesquisas acadêmicas para comprovar os benefícios intergeracionais destes programas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das conclusões da Assembleia Mundial de Madri foi o reconhecimento da importância decisiva dos programas intergeracionais para o desenvolvimento social a interdependência, a solidariedade e a reciprocidade entre as gerações<sup>4</sup>. Um dos grandes benefícios destes programas é a quebra de preconceitos entre as gerações, tanto

no âmbito cognitivo quanto no social e afetivo, mas outros benefícios culturais, psicossociais e de solidariedade poderão ser alcançados<sup>7,33</sup>. Diante de tantos benefícios, é fundamental que estas práticas intergeracionais sejam divulgadas pela mídia e desenvolvidas com maior intensidade pelas diversas instituições da sociedade.

Os programas intergeracionais devem ser propostos em esquema de parceria, pelas universidades, governo, organizações ou outras instituições sociais. As escolas talvez representem o espaço mais adequado para sua realização. Contudo, as organizações de trabalho, através das ações dos órgãos de recursos humanos, poderão facilitar a redução do preconceito contra os trabalhadores idosos, fomentando projetos que aproximem as gerações. Os mais velhos podem participar dos projetos de treinamento de pessoal, descrevendo uma tarefa específica, um caso significativo para a empresa, ou mesmo participar do repasse de conhecimentos ou da memória organizacional. A função social da mídia é reforçar uma imagem mais positiva do envelhecimento, e cobrar da sociedade mais atenção para aqueles que precisam de mais cuidados.

As universidades, por meio dos seus centros ou institutos de envelhecimento/gerontologia, universidades abertas da terceira idade ou programas de pós-graduação e extensão, podem devolver à comunidade os resultados das pesquisas, propondo atividades de extensão que integrem pessoas de diversas gerações. Podem facilitar ainda o desenvolvimento das relações interpessoais e a solidariedade, independentemente do gênero, idade, nível econômico, ou raça. Esse vasto campo de possibilidades inclui a formação de mão de obra para lidar com o rápido processo de envelhecimento, como os cuidadores de idosos. A universidade, ao adotar um programa intergeracional, além de promover os inúmeros benefícios para a comunidade, poderá cumprir a função social da academia, possibilitando a captação de recursos e investimentos, e o aprofundamento de pesquisas futuras nesta área.

## REFERÊNCIAS

1. IBGE. Síntese dos indicadores sociais, estudos e pesquisas. 19, Rio de Janeiro, 2006.
2. Jornal da Globo. Insegurança e drogas são os maiores problemas da educação brasileira. Rede Globo de Televisão; 2009.
3. GoldanI, A. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil In: Camarano, A. A. (Org.) Os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.211-250.
4. Nações Unidas. Relatório da 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid; 2002.
5. Mercy, E; Schuengel, C; Schulze, H. Intergenerational Solidarity.An attachment perspective. *Journal of Aging Studies*; 2007; 21: 175-186.
6. Antonucci, T. Social relations: a examination of Social Networks, Social Support, and Sense of Control. I.A. T. C., *Handbook of Psychology of Aging*; New York: Academic Press; 2007; 427-453.
7. França, Lucia & Soares, Neuza. A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In R. P. Veras (Ed.) *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro, BR: Editora Relume Dumará/Unati/UERj, 1997; 143-169.
8. Seminerio, F. L. Conflitos existenciais na terceira idade. *Arq. Bras. Psicol. Aplicada*; 1991; 43: 1-2.
9. Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
10. Erikson, E. H. *Childhood and society*. New York: Norton; 1963.
11. Mcadams, D.P.; & de ST.AUBIN, E. (Eds.). *Generativity and adult development: How and why we care for the next generation*. Washington, D.C. APA Press;1998.
12. Mcadams, D.P.; & de ST. AUBIN, E. A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1992; 62: 1003-1015.
13. Magalhães, M. O.; & Gomes, W. Personalidades vocacionais, generatividade e carreira na vida adulta. *Rev. Bras de Orientaç. VocacionaL*, 2005; 6(2): 71-79.
14. Coleman, P. G.; & podolskij, A. Identity Loss and Recovery in the Life Stories of Soviet World War II Veterans. *The Gerontologist*; 2007.47(1): 52-60.
15. Schwarz, B.; trommsdorff, G.; Albert, I & Mayer, B. Adult parent-child relationships: relationship quality, support and reciprocity. *Applied Psychology: an International Review*, 2005;54(3): 396-417.
16. Reitzes, D. C.; & mutran. Grandparent identity, intergenerational identity, and well-being. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 2004. 59B(4); 213-219.
17. Dumazedier, Jofre. Contribution des personnes âgées a l'elaboration d'une societé des temps libre. *Gerontologie et Societé*, 1990; 55: 220-231.
18. Tognetta, L.R.P; VINHA, T.P. Valores em crise: o que nos causa indignação? In: *Crise de Valores ou Valores em Crise? La Taille, Y, Menin & cols. Artmed, Porto Alegre-RS, 2009. 15-45.*
19. La taille, Y. As virtudes segundo os jovens.: In: *Crise de Valores ou Valores*, 46-69.
20. França, L. O desafio da aposentadoria. Rio de Janeiro; Rocco, 2008.
21. Coofler, M.L.M. O que é cidadania. São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos), 2001.
22. Neto, J.R. O civismo em discussão: juventude e contemporaneidade de valores. . In.: *Crise de Valores ou Valores em Crise? La Taille, Y, Menin & cols. Artmed, Porto Alegre-RS, 2009. 89-105.*
23. Freire,P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora UNESP; 2001.
24. Valente, M. O. Ensino das Ciências e Cidadania. In: *VIII Encontro de Ensino das Ciências*, Portugal: Ponta Delgada, 2000, [Acesso em: 20/07/2010] Disponível em: URL: <http://www.educ.fc.ul.pt>.
25. Braz da silva, A ; Mettrau, Marsyl; bARETPMárcia. O lúdico no processo de ensino-aprendizagem das Ciências. *Rev Bras Estud. Pedagógicos*, 2007; 88(220): 445-458.
26. Gouvêa, G.; & Leal, M. C. Uma visão comparada do ensino de ciência, tecnologia e sociedade na escola e em um museu de Ciência. *Ciência & Educação*, 2001; 7(1): 67-84.
27. Ramos, R. L. (2000) Por uma educação lúdica. In Luckesi, C. C. (Org.) *Ensaio de Ludopedagogia*, 1, Salvador: UFBA/FACED, 43-60.
28. França, L. Programas Intergeracionais - Do conceito à Metodologia, Apresentação no XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Brasília powerpoint, 1999.

29. Nações Unidas. Once upon a time... Intergenerational Activities. Bulletin on Aging, 1, New York, 1995; 11
30. Carvalho, C. O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: projeto "Era uma vez... atividades intergeracionais. [ Tese]. Pontifícia Universidade Católica, Serviço Social; 2007.
31. Lima, C. Programas intergeracionais : um estudo sobre as atividades que aproximam as diversas gerações.[ Tese de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Educação; 2007.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso, Série E, Legislação de Saúde. 1a. edição, 2a. reimpressão, Brasília, 2003.
33. Kingson, ERIC; Hirshorn, Barbara & L.K. HAROOTYAN. The common stake: The interdependence of generations : A policy framework for an aging society. Washington, D.C.: The Gerontological Society of America. Reprinted in H.R. Moody (1994), Aging: Concepts and controversies Thousand Oaks, California, Pine Forge Press, (1987).

Recebido: 30/7/2010

Aprovado: 13/8/2010





# Desenvolvimento de uma escala clínico-funcional para casos complexos

*Development of a clinical-functional scale for complex cases*

Estevão Alves Valle<sup>1</sup>  
Paulo Magno do Bem Filho<sup>1</sup>  
Ana Beatriz de Pinho Barroso<sup>1</sup>  
Sérgio Adriano Loureiro Bersan<sup>1</sup>

## Resumo

O envelhecimento populacional, o aumento da morbi-mortalidade secundária as doenças crônicas não-transmissíveis e a incorporação de novas tecnologias à medicina vêm desafiando os sistemas de saúde. Modelos de *case-mix* têm sido desenvolvidos com a finalidade de propiciar uma metodologia de alocação de recursos capaz de também mensurar e avaliar o desempenho de prestadores de saúde. Numerosas alternativas de classificações de pacientes para mensurar o *case-mix* têm sido propostas, seja no contexto hospitalar, ambulatorial, de unidades especializadas, dentre outros. No nosso meio, essas metodologias ainda são escassas ou pouco avaliadas. Este estudo apresenta uma escala clínico-funcional que delinea um sistema de *case-mix* de casos complexos, baseando-se na experiência de um grande serviço de atenção domiciliar em uma operadora de plano de saúde do tipo cooperativa médica em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um instrumento, simples, acessível a múltiplas especialidades de profissionais de saúde e passível de aplicação em várias modalidades de assistência a idosos e portadores de doenças que levam à incapacidade funcional.

### Palavras-chave:

Envelhecimento da população. Classificação. Saúde do portador de deficiência ou incapacidade. Saúde do idoso.

## Abstract

Population aging, the increase in noncommunicable chronic diseases morbimortality and healthcare technology incorporation are all challenging the health systems. Case-mix models are being developed in order to present a methodology for resources allocation and also measurement and evaluation of health providers' performance. Numerous patients' categorizations accomplishing case-mix measures, either in hospital, ambulatories, special units and other settings have been proposed. In our context, these methodologies are scarce or barely evaluated. This study presents a clinical-functional scale which outlines a case-mix system for complex cases, based on the large experience of a home care service, funded by a health maintenance organization (medical cooperative type) in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. It is a simple, accessible to multiple healthcare specialties and applicable to care modalities for elderly and those suffering incapacitating diseases.

### Key words:

Aging population. Classification. Disabled health. Health of the elderly.

<sup>1</sup> Unimed Belo Horizonte, MG, Brasil

### Correspondência / Correspondence

Estevão Alves Valle  
Unimed Belo Horizonte  
Av. Francisco Sales, 1483  
30150-221 - Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: evalle@unimedbh.com.br

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, o aumento da morbi-mortalidade secundária a doenças crônicas não-transmissíveis e a incorporação de novas tecnologias vêm desafiando os sistemas de saúde. À medida que esse cenário se intensifica, mais se torna imperativo analisar metodologias de alocar recursos na assistência à saúde de forma equilibrada, com equidade e qualidade, respeitando as necessidades dos indivíduos sem comprometer a sustentabilidade do sistema.

Sistemas de *case-mix* têm sido desenvolvidos com essa finalidade e o principal exemplo são os “Diagnostic Related Groups” (DRGs), já amplamente utilizados nos Estados Unidos e na Europa<sup>1</sup>. Constituem uma classificação que busca inter-relacionar atributos distintos de pacientes, como a gravidade da doença, prognóstico, dificuldade no tratamento, necessidade de intervenção e intensidade de recursos, propiciando assim a mensuração e avaliação do desempenho dos hospitais, sobretudo na condução de casos agudos<sup>2</sup>. Em paralelo ao desenvolvimento dos DRGs, numerosas alternativas de classificações de pacientes para mensurar o *case-mix* têm sido propostas, seja no contexto hospitalar, ambulatorial, de unidades especializadas, dentre outros.

Este estudo tem como objetivo apresentar uma escala clínico-funcional (ECF), aplicável a modalidades de assistência a idosos e portadores de doenças que levam à incapacidade funcional, que possa servir categorização em *case-mix*, subsidiar tomada de decisões para a alocação de recursos e detectar características preditivas de uso intensivo de serviços de saúde.

## METODOLOGIA

O Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Belo Horizonte (SAD Unimed-BH) foi criado com o objetivo de realizar gerenciamento de casos complexos, em geral idosos, com grande número de comorbidades e incapacidade funcional. Fundamenta-se no trabalho multiprofissional prático, com atenção a necessidades percebidas e não

percebidas pelos pacientes ou familiares, promovendo a aderência e o seguimento de protocolos de tratamento, evitando complicações e propiciando uma melhor qualidade de vida<sup>3</sup>. As atividades assistenciais são desenvolvidas por profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. As modalidades prestadas em domicílio variam desde intervenções específicas em domicílio, como antibioticoterapia venosa e curativos, até internação domiciliar para cuidados paliativos ou ventilação mecânica. Já assistiu a mais de 6.000 clientes na região metropolitana de Belo Horizonte, beneficiários de operadora de plano de saúde do tipo cooperativa médica.

As variáveis de escolha para confecção da ECF foram selecionadas pelos autores e, para cada uma delas, foi atribuído um escore com base no julgamento clínico e no acompanhamento de casos mais frequentes no SAD Unimed-BH, cujos riscos e chances de demandar cuidados intensivos de saúde eram conhecidos.

Foi considerada a faixa etária dividida em três categorias: até 80 anos, entre 80 e 89 anos e aquela com indivíduos com 90 ou mais anos.

A avaliação do estado cognitivo baseou-se na versão em português da escala *Clinical Dementia Rating*<sup>4</sup>. A classificação 0 nessa escala equivalerá à categoria “Ausência de déficit cognitivo significativo”, as classificações 0,5 e 1, à categoria “Demência em grau leve ou suspeita” e as classificações 2 e 3, à categoria “Demência estabelecida em fase moderada a avançada” na escala atualmente proposta.

O grau de dependência para atividades básicas da vida diária AVD foi definida por meio da escala de Katz<sup>5</sup>, ou seja, incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco atividades básicas da vida diária, como alimentar-se, tomar banho, utilizar o banheiro, vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, e uma função continência urinária. Foram divididas em três categorias, a saber, independência completa, dependência para qualquer AVD ou continência e, finalmente, dependência completa.

Quanto à via de alimentação, separaram-se em duas categorias a alimentação por via oral exclusiva daqueles com via enteral exclusiva, ou associada à via oral. Nesta última, seriam incluídos todos os indivíduos com nutrição por sonda nasointestinal, sonda de gastrostomia ou jejunostomia. Não foram incluídos na análise casos de nutrição por via parenteral.

De modo a se ter uma aproximação da carga de comorbidades e avaliar a presença de polifarmácia, utilizaram-se as categorias “Nenhum”, “1 a 5” “Mais de 5 medicamentos”, como preconizado por alguns autores<sup>6</sup>.

Outra variável a ser analisada, de grande relevância clínica e para planificação de cuidados, foi a presença de úlceras crônicas, aqui incluindo úlceras venosas, arteriais, mistas ou por pressão.

Aproveitou-se o estadiamento relativo a essa última etiologia, de modo a se obter um perfil de gravidade, categorizado a presença de qualquer lesão cutânea quanto a: “Ausência de lesões”, “Úlcera estágio I ou II” ou “Úlcera estágio III ou IV”<sup>7</sup>.

Com relação ao suporte ventilatório, procurou-se verificar o uso de oxigenoterapia suplementar, a presença de traqueostomia provisória ou definitiva, e o uso de respiradores por pressão positiva, intermitente ou contínuo, tanto por via invasiva ou quanto por não-invasiva<sup>8</sup>.

## RESULTADOS

A ECF, com suas categorias e respectivos escores, encontra-se descrita na tabela 1.

**Tabela 1** – Variáveis de interesse da ECF, com seus respectivos escores. Belo Horizonte, MG, 2009.

Variáveis de interesse	Categoria	Escore
Idade	Maior ou igual a 90 anos	3
	80 a 89 anos	1
	Abaixo de 80 anos	0
Estado cognitivo	Demência estabelecida (em fase moderada a avançada)	3
	Demência em grau leve ou suspeita	2
	Ausência de déficit cognitivo significativo	0
Dependência para atividades básicas da vida diária	Dependência total	3
	Dependência para alguma atividade básica	2
	Independência total	0
Via de alimentação	Enteral	2
	Oral	0
Integridade cutânea	Úlcera estágios III ou IV	2
	Úlcera estágios I ou II	1
	Ausência de lesões	0
Uso de medicamentos	Mais de 5 medicamentos	2
	1 a 5 medicamentos	1
	Nenhum	0
Suporte ventilatório	Uso de oxigênio ou de ventilação mecânica	3
	Traqueostomia	1
	Ar ambiente	0

O somatório dos escores foi utilizado para gerar agrupamentos de *case-mix*, descritos na tabela 2.

**Tabela 2** – Descrição dos níveis de complexidade, com as respectivas faixas de escore. Belo Horizonte, MG, 2009.

Pontuação	Nível de classificação	Descrição
0 a 2	0	Dependência funcional discreta ou ausente, comorbidades complexas, sem necessidade do uso de dispositivos
3 a 5	1	Moderada dependência funcional, com comorbidades ou tratamentos complexos
6 a 8	2	Moderada a grave incapacidade funcional, com comorbidades ou tratamentos complexos, requerendo na maior parte das vezes assistência para atividades diárias, podendo ou não utilizar dispositivos
9 ou mais	3	Grave incapacidade funcional, sempre requerendo assistência para as atividades diárias e para a própria sobrevivência, com uso de dispositivos, inclusive de suporte ventilatório

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O presente estudo apresenta a ECF, aplicável a distintas modalidades de assistência a idosos e portadores de doenças crônicas, com níveis variados de incapacidade funcional. Tem como principais vantagens a facilidade para aplicação e a abrangência dos principais determinantes associados a desfechos negativos nessa população.

Há escassa literatura no nosso meio sobre modelos de avaliação de complexidade, planificação de cuidados e marcadores prognósticos em atenção e assistência a esse perfil de indivíduos. Instrumentos como esse são atributos essenciais para a organização de

sistemas de saúde que sejam de fato efetivos e resolutivos<sup>9</sup>.

Uma vez que essas metodologias de *case-mix* não necessariamente são generalizáveis, deve haver o cuidado de se realizar adaptações à realidade de diferentes grupos de indivíduos, modalidades de atenção e sistemas de saúde. Além disso, deve visar não somente à validade estatística, mas também à prática clínica<sup>10</sup>.

Este trabalho preliminar deve ser complementado com a avaliação da concordância inter-examinadores, a verificação da aplicação por diferentes profissionais de saúde e a correlação com dos *case-mix*, com a utilização de recursos e a incidência de desfechos relacionados, como marcadores clínicos, funcionais, de qualidade de vida e mortalidade.

## REFERÊNCIAS

1. Fetter RB, Shin Y, Freeman J, et al. Case-mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care* 1980; 18:1-53
2. Noronha MF, Portela MC, Lebrao ML. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cad. Saúde Pública* 2004, 20, suppl.2, pp. S242-S255
3. Filho PMB. Avaliação de programa de gerenciamento de casos crônicos em plano de saúde do tipo autogestão em Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da UFMG]
4. Montano MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 6, 912-917
5. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*, 1970; 101, 20-30
6. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002; 558:809-17
7. Black J, Baharestani M, Cuddigan J, Dorner B, Edsberg L, Langemo D, Posthauer ME, Ratliff C, Taler G; National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel's updated pressure ulcer staging system. *Dermatol Nurs.* 2007; 19:343-349.
8. AARC; Respiratory Home Care Focus Group. AARC clinical practice guideline. Long-term invasive mechanical ventilation in the home—2007 revision & update *Respir Care.* 2007; 528:1056-62.
9. 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; 193:705-715.
10. Urquhart J, Kennie DC, Murdoch PS, Smith RG, Lennox I. Costing for long-term care: the development of Scottish health service resource utilization groups as a casemix instrument. *Age Ageing.* 1999; 282:187-92.

Recebido: 11/12/2009

Aprovado: 29/6/2010





