



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 15. Número 1. jan.-mar./2012

ISSN 1809-9823

UnATI
UERJ



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 15. Número 1. janeiro-março/2012. 180p.

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editores Associados / Associated Editors

Célia Pereira Caldas

Shirley Donizete Prado

Editor Executivo / Executive Editor

Conceição Ramos de Abreu

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

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

Anabela Mota Pinto - Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal

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

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

Carina Berterö - Linköping University, Linköping - Suécia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Normalização / Normalization

Danielle Carvalho de Oliveira

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

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

Colaborações / Contributions

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

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

Assinaturas / Subscriptions

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

Subscription or exchange orders should be addressed to the journal.

Correspondência / Correspondence

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

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

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

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

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

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

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

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

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

DOAJ - Directory of Open Access Journals

EDUBASE -Unicamp, São Paulo, Brasil

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos

**APOIO FINANCEIRO / FINANCIAL SUPPORT**

Sumário / Contents

Editorial / Editorial

ACESSO ABERTO À LITERATURA CIENTÍFICA: AS PESQUISAS REALIZADAS EM UNIVERSIDADES PÚBLICAS DEVEM TER SEUS RESULTADOS LIVREMENTE DISPONIBILIZADOS NA INTERNET	5
--	---

Open access to scientific literature: research carried out in public university must have their results freely available on the Internet

Shirley Donizete Prado

Artigos Originais / Original Articles

DESEMPENHO COGNITIVO EM DIFERENTES NÍVEIS DE ESCOLARIDADE DE ADULTOS E IDOSOS ATIVOS	7
--	---

Cognitive performance in different levels of education of adults and active elderly

Flávia Gomes de Melo Coelho, Thays Martins Vital, Iane de Paiva Novais, Geni de Araújo Costa, Ruth Ferreira Santos-Galduroz, Florindo Stella

INFLUÊNCIA DO TREINAMENTO DE FORÇA MUSCULAR E DE FLEXIBILIDADE ARTICULAR SOBRE O EQUILÍBRIO CORPORAL EM IDOSAS	17
--	----

Influence of strength training and flexibility on body balance in elderly

Igná Luciana Raffaeli Albino, Cíntia de la Rocha Freitas, Adriane Ribeiro Teixeira, Andréa Krüger Gonçalves, Ana Maria Pujol Vieira dos Santos, Ângelo José Gonçalves Bós

MEJORAS COGNITIVAS Y PERCEPTIVO-MOTRICES EN PERSONAS MAYORES PARTICIPANTES EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN INTEGRAL COGNITIVO-MOTRIZ	27
---	----

Cognitive and perceptual-motor improvements in elderly participating in a cognitive-motor integrated stimulation program

Ana Rey Cao, Inma Canales Lacruz

CORRELAÇÃO ENTRE SINAIS E SINTOMAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E AUTOESTIMA EM IDOSAS	41
---	----

Correlation between signs and symptoms of urinary incontinence and self-esteem in elderly women

Bruna Evelyn Souza Melo, Bruna Carneiro Rodrigues Freitas, Valéria Rodrigues Costa Oliveira, Ruth Losada de Menezes

PERFIL DE USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS ASSISTIDOS PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO IDOSO (P.A.I.) DA UNIJUÍ	51
--	----

Drug use profile of elderly patients attending the Elderly Care Program in UNIJUÍ

Cristiane Schmalz Bueno, Vanessa Adelina Casali Bandeira, Karla Renata de Oliveira, Christiane de Fátima Colet

ENVELHECIMENTO E PERCEPÇÃO CORPORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	63
---	----

Aging and Body Perception of Institutionalized Senior Citizens

Jéssica Sobrinho Teixeira, Jimilly Caputo Corrêa, Carla Beatriz da Silva Rafael, Valter Paulo Neves Miranda, Maria Elisa Caputo Ferreira

SEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS CHEFIADOS POR IDOSOS, BRASIL	69
--	----

Food security in households headed by elderly, Brazil

Tereza Etsuko da Costa Rosa, Lenise Mondini, Muriel Bauermann Gubert, Geni Satiko Sato, Maria Helena D'Aquino Benício

APTIDÃO FÍSICA FUNCIONAL DE IDOSOS PRATICANTES DE HIDROGINÁSTICA	79
--	----

Functional fitness of elderly practicing aquagym

Rui Gonçalves Marques Elias, Eliane Cristina de Andrade Gonçalves, Augusto César Ferreira de Moraes, Cibelly Formaggio Moreira, Carlos Alexandre Molena Fernandes

Sumário / Contents

<p>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO SEXO POR IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E ASSOCIAÇÃO COM A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E O SENTIMENTO DE FELICIDADE</p> <p>Importance given to sex by the elderly in the city of Porto Alegre and association between self-health perception and the feeling of happiness</p> <p><i>Carina Corrêa Bastos, Vera Elizabeth Closs, Adriane Miró Vianna Benke Pereira, Caroline Batista, Fábio Armani Idalêncio, Geraldo Attilio De Carli, Irênio Gomes, Rodolfo Herberto Schneider</i></p>	87
<p>PERCEPÇÕES DE UM GRUPO DE IDOSOS FRENTE AO FATO DE NÃO CONSULTAREM REGULARMENTE O CIRURGIÃO-DENTISTA</p> <p>Perceptions of a group of elderly on the fact of not seeing the dentist regularly</p> <p><i>Alexandre Fávero Bulgarelli, Soraya Fernandes Mestriner, Ione Carvalho Pinto</i></p>	97
<p>ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM IDOSOS HIPERTENSOS RESIDENTES EM UM LAR GERIÁTRICO, LOCALIZADO NA REGIÃO DO VALE DOS SINOS, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL</p> <p>Pharmacotherapeutic monitoring in hypertensive elderly living in a geriatric home in Vale dos Sinos region, Rio Grande do Sul State, Brazil</p> <p><i>Fernanda Reinhardt, Ana Luíza Ziulkoski, Leticia Hoerbe Andrighetti, Magda Susana Perassolo</i></p>	109
<p>RISCO DE FRAGILIZAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS RESIDENTES EM UMA LOCALIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA</p> <p>Frailty risk and drug use among elderly in southern Santa Catarina state, Brazil</p> <p><i>Patrícia Luiz de Araújo, Dayani Galato</i></p>	119
<p>PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE O PAPEL DO PSICÓLOGO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA</p> <p>Elderly's perception of the role of the Psychologist at Homes for the Aged</p> <p><i>Jimilly Caputo Corrêa, Maria Elisa Caputo Ferreira, Vanessa Nolasco Ferreira, Eliane Ferreira Carvalho Banbato</i></p>	127
<p>FATORES ASSOCIADOS A QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES EM UM BAIRRO DE FORTALEZA, CEARÁ</p> <p>Fall-related factors in elderly residents in Fortaleza, Ceará State, Brazil</p> <p><i>André Luiz Pimentel Cavalcante, Jaina Bezerra de Aguiar, Luilma Albuquerque Gurgel</i></p>	137
<p>COMPREENDENDO A HISTÓRIA DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS</p> <p>Understanding the History of Life of institutionalized elderly</p> <p><i>Maria José Sanches Marin, Fabiana Accioli Miranda, Daniele Fabbri, Laura Privatto Tinelli, Luana Vergian Storniolo</i></p>	147
<p>Artigos de Revisão / Review Articles</p> <p>ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO NO BRASIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</p> <p>Studies on Aging in Brazil: Literature Review</p> <p><i>Fernanda Carvalho Bezerra, Maria Irismar de Almeida, Silvia Maria Nóbrega-Therrien</i></p>	155
<p>INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL: SUMÁRIO DA LEGISLAÇÃO</p> <p>Long-Term Care Facilities for Elderly in Brazil: Summary of Legislation</p> <p><i>Silvia Patricia Lima de Castro Pinto, Olga Rodrigues de Moraes Von Simson</i></p>	169

Acesso aberto à literatura científica: as pesquisas realizadas em universidades públicas devem ter seus resultados livremente disponibilizados na Internet

Open access to scientific literature: research carried out in public university must have their results freely available on the Internet

Correu recentemente pela Internet um manifesto assinado por diversos cientistas eminentes do mundo todo, colocando-se indisponíveis para emitir pareceres e / ou publicar resultados de suas pesquisas em periódicos científicos de algumas instituições privadas. A maioria dessas empresas cobra dos pesquisadores a submissão de artigos científicos e o acesso na Internet depois de publicados – esta última etapa é extensiva a qualquer leitor. Agrege-se que a revisão por pares é realizada sem custos para as editoras.

Observemos que essas empresas – editoras científicas comerciais – não realizam pesquisas e tampouco as financiam. No caso brasileiro, a quase totalidade das pesquisas é financiada com recursos públicos e os pesquisadores que as implementam trabalham, majoritariamente, em universidades públicas. Esses mesmos recursos públicos dão suporte às publicações em periódicos e a seu acesso. O desequilíbrio nessa relação entre instituições públicas fontes de recursos para realização de pesquisas e empresas comerciais que disponibilizam artigos na Internet é por demais evidente.

As iniciativas que se consolidam com base do livre acesso aos artigos científicos na Internet devem ser especialmente valorizadas, seja pelo potencial de modificar substancialmente essa relação público-privado, seja por seu caráter democrático em relação à disseminação dos produtos originários da lida nos espaços da ciência.

A nossa *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* inscreve-se, declaradamente, nesse movimento internacional pelo livre acesso a artigos científicos na Internet. Busca, contando com forte dedicação de sua equipe, elevar, a cada número, seu padrão de qualidade com vistas a alcançar inserção nas bases de indexação orientadas por ideais identificados com o livre acesso *on line*.

Participe desta iniciativa encaminhando-nos seus artigos – sem custos para os autores e sempre disponíveis à sociedade gratuitamente em textos completos, após qualificada revisão por pares.

Shirley Donizete Prado
Editora Associada

Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos

Cognitive performance in different levels of education of adults and active elderly

Flávia Gomes de Melo Coelho¹
Thays Martins Vital¹
Iane de Paiva Novais²
Geni de Araújo Costa³
Florindo Stella¹
Ruth Ferreira Santos-Galduroz⁴

Resumo

Objetivo: Comparar o desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de indivíduos adultos e idosos praticantes de atividade física. **Métodos:** Foram avaliados 122 indivíduos sem comprometimento cognitivo, idade entre 46 a 85 anos e escolaridade entre 1 a 15 anos, praticantes de atividade física há mais de 6 meses no Programa de Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade. Foi aplicada uma bateria de testes cognitivos para verificar as seguintes variáveis: memória de curto prazo, linguagem, aprendizagem, taxa de esquecimento e funções executivas. **Resultados:** O teste de *Kruskal-Wallis* apontou diferenças entre os grupos, com diferentes níveis de escolaridade, apenas para a memória de curto prazo, sendo que o teste de *U Mann Whitney* demonstra diferença entre o grupo de menor escolaridade (1-4 anos) com o grupo de maior escolaridade (≥ 12 anos). **Conclusão:** Diante disso, sugere-se que adultos e idosos ativos, em diferentes níveis de escolaridade, apresentam um perfil cognitivo semelhante para os seguintes domínios cognitivos: linguagem, aprendizagem, taxa de esquecimento e funções executivas.

Palavras-chave: Cognição. Atividade motora. Saúde do idoso. Avaliação de desempenho. Atividade física. Nível educacional.

Abstract

Objective: To compare the cognitive performance at different education levels of adults and elderly physically active. **Methods:** The study enrolled 122 individuals without cognitive decline, aged between 46 to 85 years old, 1 to 15 years of schooling. All participants have practiced physical activity for more than 6 months in the Program of Physical and Recreational Activities for the Elderly.

¹ Instituto de Biociências, Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento. Universidade Estadual Paulista. Rio Claro, SP, Brasil.

² Instituto de Biociências, Laboratório de Atividade Física e Saúde da Mulher. Universidade Estadual Paulista. Rio Claro, SP, Brasil.

³ Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil.

⁴ Centro de Matemática, Computação e Cognição. Universidade Federal do ABC. Santo André, São Paulo, SP, Brasil.

A battery of cognitive tests was administered to assess the following variables: short-term memory, language, learning, rate of forgetting, and executive functions. *Results:* The Kruskal-Wallis test showed differences between groups with different levels of schooling, only to the short-term memory, and the Mann Whitney U test shows the difference between the group with less education (1-4 years) with the higher education group (≥ 12 years). *Conclusion:* Therefore, it is suggested that adults and active elderly, in different levels of schooling, present similar cognitive profile in the following cognitive domains: language, learning, rate of forgetting and executive functions.

Key words: Cognition. Motor activity, Health of the elderly, Employee Performance Appraisal. Physical activity, Education level.

INTRODUÇÃO

Está bem estabelecido na literatura que o avanço da idade está associado a um declínio no desempenho cognitivo.¹ As alterações na cognição, quando acompanhadas por outros fatores, podem levar ao surgimento de doenças neurodegenerativas, como a demência de Alzheimer.²

Ainda existe dificuldade de identificar e diferenciar o declínio cognitivo não-patológico do declínio cognitivo patológico. Nesse sentido, a avaliação cognitiva constitui um recurso estratégico para a compreensão e seguimento do perfil cognitivo de adultos e idosos. Os testes cognitivos são instrumentos que fornecem dados relativos ao perfil das alterações cognitivas e podem ajudar no diagnóstico precoce de processos demenciais.³⁻⁵

Outro fator muito importante está relacionado à escolaridade, pois o desempenho nos instrumentos de avaliação cognitiva pode ser influenciado pelo nível educacional do indivíduo. Segundo Xavier et al.,⁶ idosos com menos tempo de escolaridade e sem demência apresentam pior desempenho em quase todos os testes cognitivos. Em um estudo realizado por Ávila et al.,⁷ encontrou-se uma influência da escolaridade na velocidade de processamento, atenção, funções executivas, memória e inteligência, ou seja, os indivíduos com maiores níveis de escolaridade apresentaram melhor desempenho nos testes que avaliam os domínios citados acima. Os autores ainda sugerem que o melhor desempenho pode ser resultado de muitos anos de educação formal, o que torna o cérebro mais resistente e flexível

diante dos efeitos de doenças ou das alterações comuns causadas pelo envelhecimento.

Estudos têm verificado que indivíduos que praticam atividade física sistematizada e regular melhoram substancialmente as funções cognitivas.⁸⁻¹⁰ A prática de atividade física interfere de forma positiva na angiogênese, neurogênese e sinaptogênese cerebral através de diferentes mecanismos moleculares.¹¹⁻¹² Diante dessa realidade, parece que indivíduos ativos apresentam melhor desempenho cognitivo quando comparados àqueles menos ativos e hipoteticamente podem apresentar uma relação diferenciada entre escolaridade e função cognitiva.

Em geral, as pesquisas que analisam funções cognitivas são realizadas com idosos atendidos em ambulatórios ou institucionalizados, e os estudos apresentam um consenso em relação ao impacto negativo da escolaridade sobre as funções cognitivas. Por outro lado, são escassos os estudos que avaliam o desempenho cognitivo de idosos e adultos praticantes de atividade física em diferentes níveis de escolaridade. Assim, o objetivo do presente estudo foi comparar o desempenho cognitivo (memória de curto prazo, linguagem, aprendizagem, taxa de esquecimento e funções executivas) em diferentes níveis escolares de adultos e idosos praticantes de atividade física há mais de seis meses.

METODOLOGIA

Amostra

Inicialmente, foram convidados todos os indivíduos praticantes de atividade física regular

há mais de seis meses no Projeto AFRID (Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade) da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Uberlândia. O presente projeto constitui um conjunto de atividades para idosos (acima de 60 anos) e para adultos (acima de 45 anos), e visa a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Após convite, concordaram em participar deste estudo 132 indivíduos. No entanto, dez participantes apresentavam escores no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) abaixo da média de escolaridade segundo valores sugeridos por Brucki et al.¹³ e por isso foram excluídos do estudo. Os 122 indivíduos que participaram da pesquisa foram considerados saudáveis e preenchem os seguintes critérios de inclusão: ausência de perda visual e/ou auditiva, ausência de queixas e/ou problemas neurológicos ou psiquiátricos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob o n.º. 518/09 e cumpriu com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque. Todos os voluntários assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, que informava os riscos e benefícios da pesquisa.

Da amostra estudada, a idade variou de 46 a 85 anos, com média de 65,9 anos ($\pm 8,75$) e mediana de 66 anos. A escolaridade situou-se de um a 15 anos, com média de 6,59 anos ($\pm 4,12$) e mediana de quatro anos. Os indivíduos foram divididos em grupos de acordo com a escolaridade, do seguinte modo: grupo 1 - indivíduos com um a quatro anos de escolaridade, $n = 58$ (48,7%); grupo 2 - sujeitos com cinco a oito anos de escolaridade, $n = 28$ (23,5%); grupo 3 - aqueles com nove a 11 anos de escolaridade, $n = 17$ (14,2%) e, finalmente, grupo 4 - indivíduos com escolaridade igual ou superior a 12 anos, $n = 16$ (13,4%).

Instrumentos

Elaborou-se um questionário contendo questões referentes a dados sociodemográficos,

idade, gênero e escolaridade. Para a avaliação cognitiva, a equipe recorreu a um conjunto de instrumentos validados, além de serem testes de fácil aplicação e que necessitam de pouco tempo para execução. Os testes foram aplicados na seguinte sequência:

1. Pares Verbais (WMS-R): utilizado para avaliar a aprendizagem e a taxa de esquecimento. O teste é composto por oito pares de palavras, sendo que quatro são considerados pares de associação semanticamente relacionados e quatro não apresentam relacionamento semântico. Inicialmente, o avaliador apresenta verbalmente os oito pares de palavras e imediatamente após o término é apresentada uma palavra por vez, e o participante tentará recordar com as quais se associavam. São realizadas três tentativas e uma última tentativa ocorre após 30 minutos da última exposição aos pares.¹⁴

2. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): é um instrumento composto por questões agrupadas em sete categorias, cada qual planejada com o objetivo de se avaliarem funções cognitivas específicas. São elas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade visuo-constructiva. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, e quanto mais baixo o valor, pior está o desempenho cognitivo.¹⁵

Como o MEEM sofre influência da escolaridade, valores de referência foram propostos com o objetivo de distinguir sujeitos com possíveis déficits cognitivos. Brucki et al.¹³ analisaram uma amostra brasileira e sugeriram os seguintes valores: para analfabetos, 20 pontos; de um a quatro anos de escolaridade, 25; de cinco a oito anos, 26,5; de nove a 11 anos, 28; e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 pontos. Em relação à sensibilidade e especificidade deste instrumento, Bustamante et al.¹⁶ constataram um índice de sensibilidade de 80% e de especificidade de 91,3%.

3. Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – Revisada / WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale – III): foi utilizado o subteste Dígitos composto por recuperação em ordem

direta e inversa. Este teste avalia memória imediata (ordem direta) e a memória operacional (ordem inversa).¹⁷

4. Teste do Desenho do Relógio (TDR): compreende a tarefa de desenhar um relógio com a inserção dos ponteiros marcando duas horas e 45 minutos. Tem como objetivo avaliar funções executivas (planejamento, sequência lógica, capacidade de abstração e monitoramento de execução), organização visuo-espacial, praxia visuo-construtiva, coordenação psicomotora e memória recente.¹⁸

5. Teste de Fluência Verbal Semântica (TFV): é um instrumento simples, que visa a avaliar o desempenho em geração de palavras e maior número possível da mesma categoria semântica durante um minuto. Este teste avalia velocidade de processamento, memória semântica e principalmente geração de palavras.¹⁴ Neste estudo foram utilizadas três categorias semânticas: *animais, frutas e objetos*.

Análise dos dados

A análise estatística foi realizada por meio do programa *Statistica*, versão 5.0. Devido à natureza escalar das variáveis deste estudo, foram utilizados testes não-paramétricos. Para comparar os grupos, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*, seguido do teste de *U Mann Whitney*, com o ajuste de *Bonferroni*.

Admitiu-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Na tabela 1, observam-se os escores obtidos no MEEM pelos grupos em diferentes níveis de escolaridade. É importante observar que os participantes não apresentam declínio cognitivo, pois os resultados do estudo estão de acordo com os valores de corte para educação apresentados pelo estudo de Brucki et al.¹³

Tabela 1 - Valor dos escores no MEEM de acordo com os diferentes níveis de escolaridade dos adultos e idosos do Programa de Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade/AFRID, de outubro/2009 a novembro/2009, Uberlândia, MG. (N= 122)

Escolaridade	n	Média ± DP
1-4 anos	61	25,56 ± 2,66
5-8 anos	28	26,14 ± 2,31
9-11 anos	17	27,06 ± 0,82
≥ 12 anos	16	28,35 ± 1,15

O teste de *Kruskal-Wallis* não apontou diferenças significativas entre os grupos para os testes de Fluência Verbal, categoria *animais* e *frutas*, diferentemente da categoria *objetos*, na qual o teste de *Kruskal-Wallis* detectou diferença significativa entre os grupos e o teste de *U Mann Whitney* mostrou diferença significativa apenas entre o grupo 1 e o grupo 4.

Na análise descritiva, observa-se que ocorre aumento nos escores médios das categorias *animais* e *frutas*, de acordo com o maior nível educacional. Já para categoria *objetos*, não foi observado o mesmo resultado (tabela 2).

Tabela 2 - Resultados médios e desvios-padrão nos testes de fluência verbal (categoria: animais, frutas e objetos) de acordo com os diferentes níveis de escolaridade dos adultos e idosos do Programa de Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade/AFRID, de outubro/2009 a novembro/2009, Uberlândia, MG (N= 122).

Escolaridade	n	Animais Média ± DP	Frutas Média ± DP	Objetos Média ± DP
Grupo 1	61	13,6 ± 4,17	12,2 ± 3,03	12,8 ± 4,65*
Grupo 2	28	14,0 ± 4,03	13,2 ± 3,61	14,8 ± 4,76
Grupo 3	17	14,2 ± 3,05	13,4 ± 2,31	13,0 ± 3,69
Grupo 4	16	17,3 ± 5,01	14,7 ± 3,30	17,9 ± 6,18*
p		0,06	0,14	0,01 [§]

* Diferença significativa entre os grupos 1 e 4 (teste de *U Mann Whitney*).

[§] Diferença significativa entre os grupos (teste de *Kruskal-Wallis*).

No Teste do Desenho do Relógio também não foram observadas diferenças significativas entre os grupos (teste de *Kruskal-Wallis*). De acordo com a análise descritiva, verifica-se que o desempenho obtido neste teste é maior de acordo com o nível educacional dos indivíduos. Em relação ao teste

Dígitos – ordem direta, o teste de *Kruskal-Wallis* apontou diferenças significativas entre os grupos, sendo que houve diferença apenas entre os grupos 1 e 4, apontado pelo teste de *U Mann Whitney*. E para dígitos ordem inversa, não se verificou diferenças entre os grupos.

Tabela 3 - Resultados médios e desvios-padrão no teste do desenho do relógio (TDR) e teste de dígitos na ordem direta (Dig-dir) e na ordem inversa (Dig-inv), de acordo com os diferentes níveis de escolaridade dos adultos e idosos do Programa de Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade/AFRID, de outubro/2009 a novembro/2009, Uberlândia, MG. (N= 122)

Escolaridade	n	TDR Média ± DP	Dig-dir Média ± DP	Dig-inv Média ± DP
Grupo 1	61	8,38 ± 2,07	4,55 ± 0,87*	3,41 ± 0,78
Grupo 2	28	9,22 ± 1,05	4,92 ± 0,81	3,52 ± 0,96
Grupo 3	17	9,5 ± 0,93	5,0 ± 0,79	3,25 ± 0,55
Grupo 4	16	9,85 ± 0,36	5,5 ± 1,22 *	3,78 ± 1,12
p		0,06	0,01 [§]	0,27

* Diferença significativa entre os grupos 1 e 4 (teste de *U Mann Whitney*).

[§] Diferença significativa entre os grupos (teste de *Kruskal-Wallis*).

A figura 1 apresenta os valores médios dos quatro grupos em relação ao teste pares verbais categoria fácil e difícil (tentativa 3), que avalia aprendizagem. O teste de *Kruskal-Wallis* não indicou diferença significativa entre os grupos. Para investigar a taxa de esquecimento (o número de palavras que o

indivíduo esqueceu após 30 minutos), foi realizada a diferença entre a tentativa 4 e a tentativa 3 em ambos os pares verbais. Ao comparar os quatro grupos (teste de *Kruskal-Wallis*), não houve diferença significativa em relação à taxa de esquecimento para as duas condições (fácil e difícil) (figura 2).

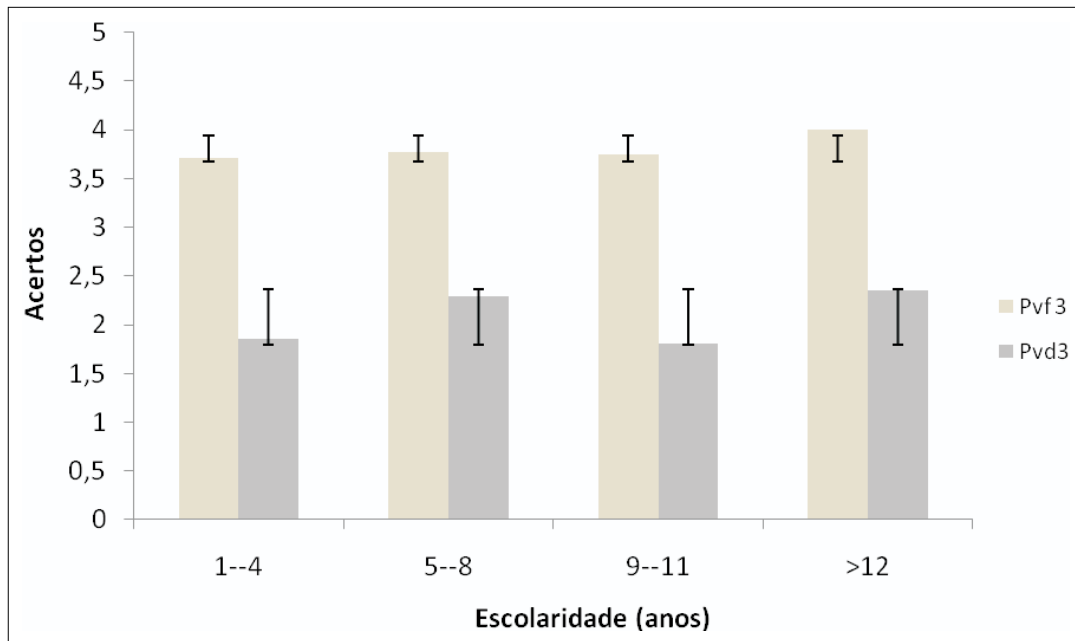


Figura 1 - Valor dos escores no teste pares verbais – categoria fácil (Pvf) e categoria difícil (Pvd) na tentativa 3, de acordo com o nível de escolaridade dos adultos e idosos do Programa de Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade/AFRID, de outubro/2009 a novembro/2009, Uberlândia, MG. (N= 122)

Pvf- Pares verbais fáceis (Pares semanticamente relacionados);

Pvd- Pares verbais difíceis (Pares sem relacionamento semântico).

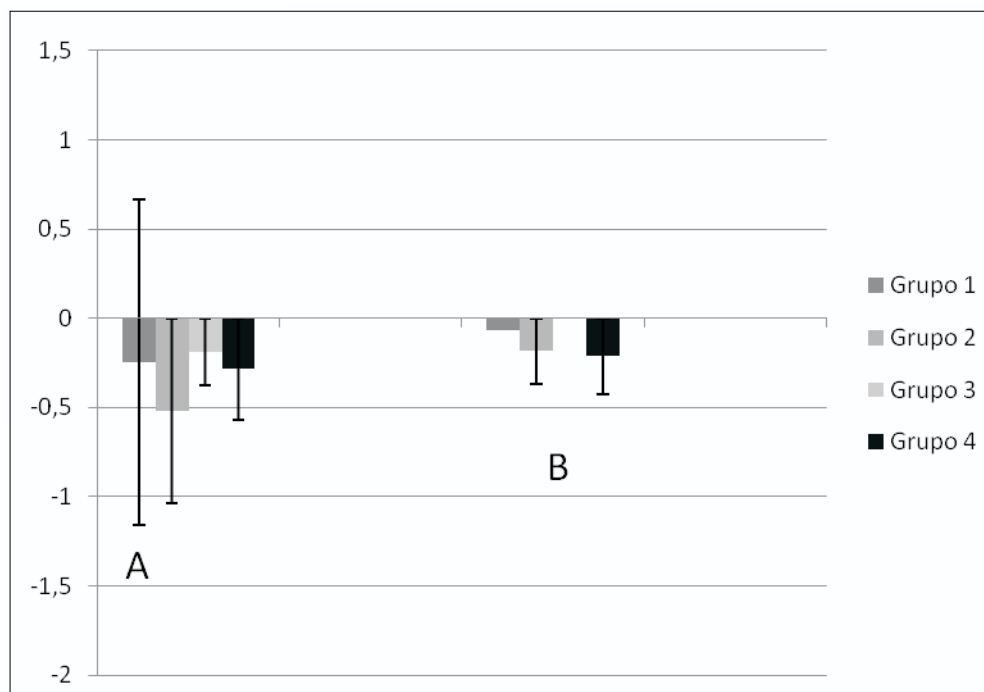


Figura 2 - Taxa de esquecimento para as duas condições – categoria fácil e categoria difícil, de acordo com o nível de escolaridade dos adultos e idosos do Programa de Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade/AFRID, de outubro/2009 a novembro/2009, Uberlândia, MG. (N= 122). Valores expressos em média \pm desvios padrão.

A - Taxa de esquecimento: Pares semanticamente relacionados (categoria fácil);

B - Taxa de esquecimento: Pares sem relacionamento semântico (categoria difícil).

DISCUSSÃO

A preocupação inicial deste estudo foi comparar o desempenho cognitivo de adultos e idosos ativos em diferentes níveis de escolaridade. Verificou-se, a partir dos resultados obtidos, que adultos e idosos ativos, em distintos graus de educação, apresentam linguagem, aprendizagem, taxa de esquecimento e funções executivas similares.

No teste de Fluência Verbal – categoria *animais*, observa-se que a pontuação no teste aumenta à medida que aumenta o nível educacional. No entanto, não foi encontrada diferença entre os grupos em relação ao desempenho do teste. Ao contrário deste resultado, vários estudos verificaram que a escolaridade interfere no desempenho do teste de Fluência Verbal – categoria *animais*.¹⁹⁻²¹

Na população brasileira, Brucki e Rocha²¹ encontraram interferência da escolaridade na Fluência Verbal - categoria *animais*. Tal influência persistiu após a divisão dos grupos por nível de escolaridade. A diferença estatisticamente significativa na tarefa de fluência verbal foi observada entre os grupos com menos e mais de oito anos de escolaridade.

No presente estudo, para o teste de Fluência Verbal – categoria *frutas*, também não se observou diferença entre os grupos com distintos graus de escolaridade. Ao contrário, Yassuda et al.²² encontraram diferenças significativas entre os grupos (diferentes níveis de escolaridade) para a tarefa de fluência verbal – categoria *frutas*.

Os resultados de Brucki e Rocha²¹ e Yassuda et al.²² são contrários aos resultados do presente estudo, mas é importante ressaltar que ambos os trabalhos recrutaram suas amostras em um hospital e um Instituto de Psiquiatria. Diferentemente, o presente estudo, avaliou pessoas praticantes de atividade física. Nesse sentido, o estudo de Silva & Santos²³ detectou melhor desempenho cognitivo em idosas ativas comparadas com idosas sedentárias e com semelhantes níveis de escolaridade (6 anos). Esses autores sugerem que a prática regular de atividade

física atuaria como um possível fator de proteção cognitiva e se sobreporia aos efeitos da escolaridade reduzida.

Ainda no presente estudo, a diferença significativa encontrada entre os grupos para o desempenho da tarefa de fluência verbal - categoria *objetos* foi inconclusivo, pois a pontuação no teste variou entre os diferentes níveis de escolaridade. É importante ressaltar que a sala onde foi aplicada a avaliação cognitiva estava repleta de objetos que eram necessários à mesma, como mesa, cadeira, caneta, lápis, relógio e folhas. Assim, os avaliados, além de dizerem nomes de objetos que lembravam, também diziam os nomes dos objetos que estavam presentes na sala, o que pode ter interferido no desempenho do teste.

Em relação às funções executivas, não foram encontradas diferenças entre os grupos de diferentes níveis de escolaridade para os domínios *planejamento e sequenciamento*, avaliados pelo Teste do Desenho do Relógio e para a capacidade de manipular mentalmente a informação, avaliados pelo teste Dígitos - ordem inversa. Estudos têm demonstrado melhor desempenho das funções executivas em adultos e idosos praticante de atividade física.^{24,25} Uma possível hipótese a ser considerada neste trabalho é que o exercício físico pode ter proporcionado benefícios nas funções executivas dos participantes e, diante disso, o desempenho cognitivo foi similar entre os diferentes graus de escolaridade.

Detectou-se, ainda, que a aprendizagem e a evocação tardia (taxa de esquecimento), avaliadas pelo teste Pares Verbais, foram similares entre os grupos de diferentes níveis de escolaridade, o que também pode ter sido melhorado com a prática regular de atividade física. Por outro lado, encontrou-se diferença significativa entre o grupo de menor escolaridade (1-4 anos) com o grupo de maior escolaridade (≥ 12 anos) no desempenho de memória de curto prazo (avaliada através do Teste Dígitos - ordem direta). Uma possível explicação para este achado é que o declínio cognitivo com o avançar da idade está mais relacionado à habilidade de usar a memória de curto prazo enquanto a informação está sendo

processada²⁶ e, neste estudo, o melhor desempenho dos indivíduos na memória de curto prazo pode ter ocorrido por eles serem mais escolarizados e não por praticarem atividade física; ou ainda, talvez o tipo de exercício físico realizado não tenha sido eficaz para melhorar tal domínio cognitivo nos indivíduos.

O presente trabalho detectou que adultos e idosos ativos, em diferentes níveis de escolaridade, apresentam perfil cognitivo similar nos domínios cognitivos, como linguagem, aprendizagem, taxa de esquecimento e funções executivas. No entanto, é fundamental considerar as limitações deste estudo, como a ausência de um grupo de idosos sedentários e um instrumento que analisasse o nível de atividade física dos participantes.

Dados epidemiológicos sugerem que pessoas moderadamente ativas têm menor risco de desenvolver transtornos mentais do que as sedentárias, mostrando que a participação em programas de exercícios físicos exerce benefícios na esfera física e mental.^{27,28} Nesse sentido, é importante ressaltar a hipótese de que o exercício

físico pode ter proporcionado benefícios nas funções cognitivas dos adultos e idosos que participaram deste estudo e, desta forma, a relação entre a escolaridade e a função cognitiva não se manifesta.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo sugerem que o desempenho cognitivo em adultos e idosos praticantes de atividade física é similar para os diferentes níveis de escolaridade. Recomenda-se, ainda, que futuras investigações comparem idosos ativos versus idosos sedentários, a fim de verificar se a atividade física exerce efeito protetor nas funções cognitivas, independentemente do nível de instrução do indivíduo.

AGRADECIMENTOS

Programa de Atividades Físicas e Recreativas para a Terceira Idade – AFRID.

REFERÊNCIAS

- Colcombe SJ, et al. Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *J Gerontol* 2003 feb; 58(2): 176-80.
- Ball LJ, Birge SJ. Prevention of brain aging and dementia. *Clinics in Geriatric Medicine* 2002 aug; 18(3): 485--503.
- Bertolucci PHE, et al. Aplicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arq Neuro-psiquiatria* 2001 sept; 59(3A): 532-6.
- Pawlowski J, Trentini CM, Bandeira DR. Discutindo procedimentos psicométricos a partir da análise de um instrumento de avaliação neuropsicológica breve. *Psico-USF* 2007 Jul/Dez; 12(2): 211-9.
- Angevaren M, et al. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 Jul; 16(3).
- Xavier FMF. O transtorno cognitivo da depressão geriátrica ou pseudodemência depressiva do idoso. In: Parente MAMP, et al. *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Editora ArtMed; 2006. p. 203-24.
- Avila R, et al. Influence of education and depressive symptoms on cognitive function in the elderly. *International Psychogeriatrics* 2009 jun; 21(3): 560-7.
- Hillman CH, Erickson KI, Kramer AF. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Neuroscience* 2008 Jan; 9(1): 58-65.
- Colcombe SJ, et al. Neurocognitive aging and cardiovascular fitness: recent findings and future directions. *J Molecular Neuroscience* 2004; 24(1): 9-14.
- Kramer AF, Erickson KI, Colcombe SJ. Exercise, cognition, and the aging brain. *J Applied Physiology* 2006 oct; 101: 1237-42.
- Lista I, Sorrentino G. Biological mechanisms of physical activity in preventing cognitive decline. *Cel Mol Neurobiol* 2010 may; 30(4): 493-503.

12. Deslandes A, et al. Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiol* 2009; 59(4): 191-8.
13. Brucki SMD, et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatria* 2003 sept; 61(3B): 777-81.
14. Lezak MD. *Neuropsychological Assessment*. 3. ed. New York: Oxford University Press; 1995. 1056 p.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Research* 1975 nov; 12(3): 189-98.
16. Bustamante SEZ, et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatria* 2003 sept; 61(3A): 601-6.
17. Wechsler D. WAIS-III: escala de inteligência Wechsler para adultos. In: Silva MCV. adaptação e padronização de uma amostra brasileira. São Paulo: casa do sociólogo; 2004.
18. Sunderland T, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *J American Geriatrics Society* 1989 aug; 37(8): 725-9.
19. Benito-Cuadrado MM, et al. Semantic verbal fluency in animals: a normative and predictive study in a Spanish population. *J Clinical and Experimental Neuropsychology* 2002 dec; 24(8): 1117-22.
20. Mathuranath PS, et al. Effects of age, education and gender of verbal fluency. *J Clinical and Experimental Neuropsychol* 2003 dec; 25(8): 1057-64.
21. Brucki SMD, Rocha MSG. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Braz J Medical and Biological Research* 2004 dec; 37(12): 1771-7.
22. Yassuda MS, et al. Neuropsychological profile of Brazilian older adults with heterogeneous educational backgrounds. *Arch Clinical Neuropsychol* 2009 feb; 24(1): 71-9.
23. Silva GE, Santos FH. Efeitos do sedentarismo nas funções cognitivas de idosos com escolaridade intermediária. *Psico* 2009 jan/mar; 40(1): 81-7.
24. Colcombe S, Kramer AF. Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science* 2003 Mar; 14(2): 125-30.
25. Hillman CH, Snook EM, Jerome GJ. Acute cardiovascular exercise and executive control function. *Int J Psychophysiol* 2003 jun; 48(3): 307-14.
26. Binder EF, Storandt M, Birge SJ. The relation between psychometric test performance and physical performance in older adults. *The Journals of Gerontol* 1999 aug; 54: 428-32.
27. Dustman RE, et al. Aerobic exercise training and improved neuropsychological function of older individuals. *Neurobiol Aging* 1984 Spring; 5(1): 35-42.
28. Van Boxtel MP, et al. Self-reported physical activity, subjective health, and cognitive performance in older adults. *Experimental Aging Research* 1996 Oct/dec; 22(4): 363-79.

Recebido: 23/2/2011

Revisado: 28/9/2011

Aprovado: 24/11/2011

Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas

Influence of strength training and flexibility on body balance in elderly

Igna Luciara Raffaeli Albino¹
Cíntia de la Rocha Freitas²
Adriane Ribeiro Teixeira³
Andréa Krüger Gonçalves⁴
Ana Maria Pujol Vieira dos Santos⁵
Ângelo José Gonçalves Bós⁶

Resumo

Introdução: O aumento da proporção de idosos na população mundial traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, entre os quais se destaca a ocorrência de quedas. A redução da flexibilidade articular e da força muscular são as principais variáveis motoras relacionadas às maiores limitações das atividades de vida diária (AVDs) e aos altos índices de quedas registrados na população idosa. **Objetivo:** este estudo se propõe a verificar a influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas. **Metodologia:** A amostra foi composta por 22 mulheres, de 60 a 75 anos, participantes de dois programas de atividade física. Sete sujeitos participaram do programa de força e 15 fizeram parte do programa de flexibilidade. O equilíbrio foi avaliado antes e após o período de treinamento (Escala de Berg). **Resultados:** constatou-se que, em ambos os grupos, o equilíbrio se mostrou significativamente maior após os programas de treinamento. No grupo que participou do treinamento de força, a média dos pontos pré e pós-treinamento foi de 53 e 55,86, respectivamente. No grupo que participou do treinamento de flexibilidade, as médias pré e pós foram 52,47 e 55,47 pontos, respectivamente. **Conclusão:** constatou-se que os dois treinamentos produziram melhoras nos índices de equilíbrio corporal de idosas, o que provavelmente poderá influenciar na redução da incidência de quedas e da perda da independência física, assim como na obtenção de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos. Força muscular. Avaliação de desempenho. Equilíbrio postural. Flexibilidade articular.

¹ Grêmio Náutico União. Sede Alto Petrópolis. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Centro de Desportos, Departamento de Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

³ Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Escola de Educação Física, Departamento de Educação Física. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ Curso de Educação Física, Campus Canoas. Universidade Luterana do Brasil. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶ Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Cíntia de la Rocha Freitas

E-mail: cintiadelarocha@gmail.com

Abstract

Introduction: Increasing proportion of elderly people in the world population raises the discussion of disabling events in this age group, as the occurrence of falls. Reduction in joint flexibility and muscle strength are the main variable related to the major motor limitations of activities of daily living (ADLs) and high rates of reported falls in elderly. *Objective:* This study aims to assess the influence of muscle strength training and flexibility training on body balance in elderly. *Methodology:* The sample was composed by 22 women, from 60 to 75 years old, enrolled in two physical activity programs. Seven subjects were submitted to muscle strength program and 15 subjects were submitted to flexibility training. Body balance was evaluated before and after practicing time (Berg Balance Scale). *Results:* It was found that both groups had significant improvement in body balance. Average scores in strength training group were 53 and 55.86 points, respectively, before and after training, while the average scores in flexibility group were 52.47 and 55.47 points, before and after training. *Conclusion:* It was found that both training improved the rates of body balance in elderly women, which likely will influence the reduction of incidence of falls and loss of physical independence, as well as better quality of life.

Key words: Elderly. Muscle strength . Performance appraisal. Postural balance. Flexibility.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento imprime alterações naturais em todo o organismo. O processo biológico se traduz pelo declínio harmônico de todo o conjunto orgânico. Progressiva atrofia muscular, fraqueza funcional, descalcificação óssea, aumento da espessura da parede de vasos, aumento do nível de gordura corporal total e diminuição da capacidade coordenativa são algumas das alterações morfológicas e fisiológicas, geradas durante o processo de envelhecimento. O idoso responde com mais lentidão e menos eficazmente às alterações ambientais, tornando-se mais vulnerável.^{1,2,3}

Os efeitos deletérios na capacidade funcional e a deterioração da mobilidade ocorrem, com o avanço da idade, sobretudo pela perda gradativa da massa muscular e, conseqüentemente, da força muscular. A sarcopenia tem impacto significativo na saúde pública, sobretudo na população idosa, por suas bem conhecidas conseqüências funcionais no andar e no equilíbrio, que aumentam o risco de queda e levam à perda da independência física funcional, contribuindo para a ampliação do risco de doenças crônicas como diabetes e osteoporose.⁴

Aproximadamente 30% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade caem ao menos uma vez por ano. Em parte, as quedas ocorrem em função de limitações fisiológicas, perda de massa muscular, limitações cognitivas e uso de medicamentos, tais como os benzodiazepínicos.⁵ No Brasil, estudo demonstrou que as mulheres têm maior risco de quedas que os homens.⁶

Nos idosos, a elasticidade de tendões, ligamentos e cápsulas articulares diminui devido a deficiências no colágeno.^{7,8} Durante a vida ativa, indivíduos adultos perdem cerca de 8-10 cm de flexibilidade na região lombar e no quadril. Particularmente, a flexibilidade dos músculos isquiotibiais durante a senescência tem importante papel no equilíbrio postural, na manutenção completa da amplitude de movimento do joelho e quadril, na prevenção de lesões e na otimização da função músculo-esquelética.⁹

Em função destas limitações, tem sido apontado que a prática regular de exercício físico consiste em tratamento eficaz na melhora da capacidade funcional de indivíduos com idade avançada.¹⁰ A ação preventiva que o exercício físico produz tem importante implicação no que diz respeito à saúde, por reduzir a probabilidade de

doenças, incapacidades e mortalidade desta população.¹¹

A estimulação corporal global favorece o melhor desempenho das atividades diárias. Assim, a melhor opção para o indivíduo que está envelhecendo é a realização de um programa de atividade física que inclua treinamento aeróbico, força muscular, flexibilidade e equilíbrio.¹² Nos últimos anos, ficou provado que os idosos podem se beneficiar com a participação em programas de treinamento de força. Estudos comprovaram que até mesmo indivíduos com idade acima de 90 anos podem conseguir ganhos em força, durante um período de treinamento de oito semanas. A síntese proteica em idosos ocorre mais lentamente do que em adultos jovens, mas a comparação de seções transversas de músculos entre pessoas ativas e inativas sugere que muito da perda de tecido magro pode ser evitada por um treinamento regular com pesos. Músculos preparados melhoram a função das articulações e reduzem o risco de quedas.¹³ Estudos evidenciaram maior tamanho das fibras musculares e maior força muscular em idosos em treinamento de força e em treinamento de resistência, quando comparados com o grupo controle.¹⁴

Neste propósito, destaca-se a importância do desenvolvimento da capacidade motora do indivíduo que envelhece. Sabe-se que a perda da flexibilidade e da força são as principais variáveis motoras relacionadas às maiores limitações das atividades de vida diária (AVDs) e aos altos índices de quedas, pela diminuição ou perda da mobilidade, registrados nesta população.¹⁵

O objetivo deste estudo foi verificar a influência de um treinamento de força muscular e de um treinamento de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal de idosos.

METODOLOGIA

A amostra foi composta por 22 indivíduos do sexo feminino, com idade entre 60 e 75 anos, participantes de programas de atividade física de

um centro municipal da cidade de Porto Alegre (Ginásio Tesourinha), sendo sete frequentadoras do programa de força muscular ($65,1 \pm 2,9$ anos) e 15 frequentadoras do programa de flexibilidade ($66,5 \pm 3,2$ anos), todas, em ambos os grupos, há mais de um ano. Todos os indivíduos foram escolhidos por conveniência. Considerou-se como critério de exclusão a história prévia de distúrbios vestibulares. Foi analisado também se as participantes da amostra praticavam outra atividade, além daquelas a que estariam submetidas no presente estudo (exercícios de força e de flexibilidade).

Constatou-se que, em ambos os grupos, todas eram praticantes da caminhada, de duas a três vezes por semana, por aproximadamente uma hora, há mais de um ano. Todas as voluntárias assinaram um termo de consentimento livre e informado, declarando que aceitavam participar da pesquisa. Para a coleta de dados, foi aplicada uma anamnese, elaborada especialmente para este estudo.

Posteriormente, as voluntárias foram instruídas sobre como seria o processo da testagem e informadas que, em alguns dos procedimentos de coleta dos dados, seria levado em conta o uso de apoio das mãos e o tempo para realizar os procedimentos. A seguir, foram combinados dias, horários e local para aplicação do teste, o qual seria realizado individualmente, antes da atividade física, e repetido 13 semanas após o treinamento (pré-teste e pós-teste).

O instrumento utilizado para o estudo foi o teste de mensuração do equilíbrio corporal (Escala de Equilíbrio de Berg¹⁶). Durante a aplicação dessa escala, mantiveram-se sempre presentes dois professores responsáveis pela coleta dos dados, uma pessoa responsável pela aplicação e demonstração da testagem e outra para assessorar, caso ocorresse alguma eventualidade durante o processo. Todos os profissionais envolvidos na coleta de dados eram professores de Educação Física.

Após a primeira fase da coleta dos dados, todos os resultados foram digitados e armazenados, para serem comparados com os resultados a serem obtidos na segunda fase (pós-treinamento).

Protocolos de Treinamento de Força Muscular e de Flexibilidade Articular

O protocolo de treinamento foi constituído por um programa de treinamento físico durante 11 semanas, realizado com a frequência de duas sessões semanais, com duração de uma hora e meia, tanto para o de força muscular quanto para o de flexibilidade articular.

As participantes do grupo de treinamento de força realizaram exercícios de força muscular, que consistia em desempenhar três séries de dez repetições com cargas de aproximadamente 70% da carga máxima (carga obtida através do método de tentativa e erro, que consiste em adicionar carga até que o indivíduo consiga realizar, no máximo, 10 repetições) dos exercícios puxada dorsal, voador invertido, voador, rosca direta, extensão de tríceps, pressão de pernas (*leg press*), cadeira extensora, mesa flexora, cadeira adutora, cadeira abduzora e flexão plantar, com repouso passivo de dois minutos entre as séries. Os músculos abdominais foram os únicos trabalhados com um método diferente, que consistia em executar maior número de repetições durante as séries, sem a utilização de cargas, com o objetivo de desenvolver a resistência muscular localizada.^{17,18}

Os sujeitos foram orientados para que as cargas de treinamento fossem reajustadas sempre que o limite superior de repetições preestabelecido para cada exercício fosse facilmente atingido em todas as séries, no intuito de preservar a intensidade inicial. Em todos os reajustes ocorridos, um profissional de Educação Física se encarregava de garantir a segurança e a exatidão das sobrecargas.

As participantes do grupo do treinamento de flexibilidade realizaram inicialmente um trabalho com a utilização de bolinhas de tênis, para o distensionamento da musculatura da base plantar dos pés, com movimentos de rolamento e pressão plantar contra a bolinha por toda a extensão do pé. O objetivo deste trabalho inicial foi aumentar a base plantar de contato com o chão, para propiciar maior estabilidade corporal.¹⁹

Após o trabalho inicial, visando à melhora do equilíbrio corporal, as idosas passaram a realizar os exercícios específicos de flexibilidade articular

predeterminados (os exercícios específicos de flexibilidade articular aplicados foram selecionados após a realização de pesquisa sobre quais exercícios de flexibilidade e quais articulações seriam mais enfatizadas, levando em consideração o grau de envolvimento com controle do equilíbrio corporal). Exercitaram-se todas as principais articulações e grupos musculares envolvidos (articulações: cervical, ombro, punho, lombar, quadril, joelho, tornozelo). Os exercícios foram ministrados em maior proporção para as articulações de membros inferiores; com utilização de apoio bipodal e unipodal; com e sem utilização da visão. A duração de cada exercício de sustentação foi de 20 a 30 segundos. Os exercícios que envolveram deslocamento corporal de determinada posição inicial com o objetivo de atingir outra posição final, na qual era realizada a sustentação, foram repetidos, no mínimo, três vezes cada.¹⁸

Os vinte minutos finais de ambas as sessões de treinamento foram utilizados para realizar o relaxamento corporal. As sessões de treinamento tiveram a supervisão de profissionais da área de Educação Física.

As participantes da pesquisa foram informadas que, durante o período de intervenção, só poderiam realizar a caminhada como atividade física extra, além do programa de treinamento de força muscular ou de flexibilidade articular, e que deveriam ter, no mínimo, 80% de frequência durante o período de treinamento, caso contrário, seriam excluídas do estudo.

O projeto foi elaborado e desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (Protocolo nº 0599). Todos os sujeitos da amostra foram esclarecidos sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise de dados

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 10.0.

Utilizou-se inicialmente o teste *Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade dos dados. Este teste apontou que os dados relativos ao grupo submetido ao treinamento de força estavam dentro da normalidade e os dados relativos ao grupo submetido ao treinamento de flexibilidade não estavam dentro da normalidade. Sendo assim, utilizou-se um teste paramétrico, o teste *t* de *Student* pareado, para comparar o equilíbrio corporal entre o pré e pós-teste do grupo submetido ao treinamento de força muscular. O teste não paramétrico de *Wilcoxon* foi utilizado para comparar o equilíbrio corporal entre o pré e pós-teste do grupo submetido ao treinamento de flexibilidade. Foi considerado um nível de significância de 0,05 ($P < 0,05$).

RESULTADOS

Os resultados do estudo apontam que tanto o treinamento de flexibilidade articular, quanto o de força muscular, desenvolvidos durante 11 semanas, resultaram em aumento do equilíbrio corporal das participantes.

Os resultados do grupo submetido ao treinamento de força muscular são apresentados na tabela 1. A média do escore da Escala de Berg das participantes que foram submetidas ao treinamento de força muscular foi 53 ($\pm 1,82$) pontos no pré-teste e de 55,85 ($\pm 0,37$) no pós-teste. Houve também aumento significativo no índice de força muscular, após o período de treinamento ($p = 0,003$).

Tabela 1 - Resultados do pré e do pós-teste de equilíbrio corporal dos sujeitos do grupo submetido ao treinamento de força (pontos na Escala de Berg). * indica $p < 0,05$. Porto Alegre, RS, 2010.

Sujeitos	Pré-teste	Pós-teste
1	55	56
2	52	56
3	53	56
4	55	56
5	52	56
6	50	55
7	54	56
Média	53	55,85714*
DP	1,825742	0,377964

A tabela 2 mostra os resultados do grupo de sujeitos que participou do treinamento de flexibilidade. A média do escore da Escala de Berg das participantes que foram submetidas ao treinamento de flexibilidade foi 52,46 ($\pm 1,72$)

pontos no pré-teste e de 55,46 ($\pm 0,74$) no pós-teste. Observa-se que este grupo também apresentou aumento significativo no índice de equilíbrio corporal, após o período de treinamento ($p = 0,001$).

Tabela 2 - Resultados do pré e do pós-teste de equilíbrio corporal dos sujeitos do grupo submetido ao treinamento de flexibilidade (pontos na Escala de Berg). * indica $p < 0,05$. Porto Alegre, RS, 2010.

Sujeitos	Pré-teste	Pós-teste
1	53	56
2	52	55
3	54	56
4	51	55
5	49	54
6	51	55
7	50	55
8	53	56
9	53	56
10	53	56
11	55	56
12	52	56
13	52	54
14	54	56
15	55	56
Média	52,46667	55,46667*
DP	1,726543	0,743223

DISCUSSÃO

Tendo em vista que a força muscular e a flexibilidade, dentre outras valências físicas, interferem no equilíbrio corporal dos indivíduos idosos,¹⁵ esperava-se que o treinamento de 11 semanas, desenvolvido neste estudo, resultasse em melhora nos índices de equilíbrio corporal das idosas.

Uma série de estudos tem mostrado que os idosos sofrem redução do equilíbrio.²⁰⁻²³ Apesar de não ter havido grupo controle neste estudo, o que foi uma limitação, parece que a melhora do equilíbrio apresentada se deve à intervenção dos programas de exercício a que os sujeitos foram submetidos.

Durante o processo de envelhecimento humano, a força muscular tende a diminuir. Isto ocorre devido à diminuição da massa muscular

magra (sarcopenia), acarretando o aumento da dependência funcional.⁷ As idosas que participaram do treinamento de força muscular neste estudo apresentaram melhora significativa em seu equilíbrio corporal (tabela 1), analisado pela Escala de Berg.¹⁶

O treinamento de força pode minimizar ou retardar o processo de sarcopenia para obter significantes respostas neuromusculares (hipertrofia muscular e força muscular), por meio do aumento da capacidade contrátil dos músculos esqueléticos. O treinamento de força tem sido apontado como fator atuante para evitar quedas nas situações de desequilíbrio do corpo, pelo aumento da massa magra e força muscular.²⁴ Sugere-se que esse tipo de treinamento, por no mínimo duas vezes por semana, com cargas de aproximadamente 70% da carga máxima e com ênfase maior aos membros inferiores, produz melhoras significativas no equilíbrio corporal em idosos.

Os incrementos de força são destacados de acordo com a intensidade dos exercícios. O treinamento de baixa intensidade em idosos reporta incrementos de força de menos de 20%, enquanto o treinamento de força de moderada a alta intensidade resulta em incrementos acima de 227% de 1RM (repetição máxima), auxiliando na melhora de sua mobilidade funcional e na independência funcional.²⁴

Sabe-se hoje que o treinamento de força de alta intensidade é seguro para esta população e produz aumentos significativos em força muscular, porém sem aumento relevante no tamanho do músculo. Ressalta-se que o aumento da força está associado ao aumento da velocidade da caminhada, à potência para subir escadas, ao equilíbrio e à atividade espontânea geral.⁸

O treinamento de força desenvolvido neste estudo, baseado nos princípios biomecânicos do controle corporal, ofereceu maior ênfase aos membros inferiores.^{25,26} Barela²⁵ e Freitas²⁶ sugerem que, para manter o equilíbrio corporal, é necessário manter a projeção do centro de massa (CM) dentro da base de apoio (BA) e que, para isso ocorrer, é necessária determinada força muscular, obtida através das contrações musculares, a fim de se obter o controle da estabilidade ou do movimento do CM dentro da BA.

Para a ênfase atribuída aos membros inferiores, também influenciaram o aumento do tempo de reação do sistema nervoso central em atuar pelo uso de padrões de coordenação postural ou estratégias motoras, perante as perturbações corporais, e a perda progressiva da força muscular que, durante a senescência, ocorre em maior proporção nos membros inferiores do que nos superiores.

A diferença na força muscular entre membros inferiores e superiores advém possivelmente da maior diminuição do uso das pernas, com a idade.¹³ O treinamento de força muscular destaca-se, pois, como primordial para a saúde durante o envelhecimento humano. Os resultados indicaram efeito positivo e significativo na melhora do equilíbrio corporal, mas o número reduzido de

participantes no grupo de treinamento de força muscular (sete sujeitos) constitui uma limitação deste estudo.

Outra valência física, além da força muscular, que tende a interferir no equilíbrio corporal em indivíduos idosos, é a flexibilidade. Ela foi aqui analisada e apresentou diferença significativa. A restrição na amplitude de movimento das grandes articulações se torna maior no período da aposentadoria e, eventualmente, a independência é ameaçada, contribuindo assim para os altos índices de quedas associados aos idosos.

Os sujeitos que neste estudo participaram do treinamento da flexibilidade articular apresentaram melhora significativa em seu equilíbrio corporal, analisado pela Escala de Berg (tabela 2). Esses achados podem estar relacionados com a melhora das habilidades requeridas para a realização das atividades de vida diária.

Tomando como ponto de referência o treino, as atividades de distensão da base de apoio, a utilização ou não do sistema visual, assim como o uso de apoios bipedal e unipedal, tiveram como referencial as informações disponíveis na literatura. Um dos princípios biomecânicos que influenciam a estabilidade do corpo é a base de apoio que, na postura ereta, é representada pela área compreendida entre os calcanhares e os pés. Quanto maior for esta área, maiores serão os limites de estabilidade do sujeito e a área disponível para ele controlar seu centro de massa a fim de manter a estabilidade.^{27,28} Desta forma, é de se esperar que qualquer redução dessa área afete o equilíbrio.

A utilização ou não do sistema visual teve como referência os estudos de Mochizuki.²⁹ O autor cita que a detecção de movimento através do sistema visual serve para perceber o movimento de objetos, manter o movimento ocular para a perseguição contínua de objetos e guiar o movimento corporal no ambiente. Desta maneira, ao realizar os exercícios com os olhos fechados, não se obtém a informação do movimento corporal em relação a um objeto ou ambiente para gerar respostas adequadas para garantir a

estabilidade corporal, exigindo maior grau de controle corporal.

A utilização de apoio bipodal e unipodal teve como referência pesquisas de Teodori, Guirro & Santos.¹⁹ Eles destacam que a assimetria na distribuição de peso na planta dos pés, mantida por algum tempo, acarreta a desorganização postural geral, havendo sobrecarga de alguns grupos musculares em detrimento de outros. Nesse sentido, evidencia-se a importância da intervenção corretiva, baseada na reorganização das atitudes posturais anormais por meio de reequilíbrio muscular, recuperando-se o comprimento e a flexibilidade musculares.

Assim como no treinamento de força muscular, no treinamento de flexibilidade articular foi atribuída maior ênfase aos membros inferiores. Os motivos para isto são os mesmos referidos no treinamento de força. Como ao se envelhecer ocorrem alterações fisiológicas e morfológicas no organismo humano, automaticamente a função muscular de contrair e alongar também se altera.

Durante a vida ativa, indivíduos adultos perdem cerca de 8-10 cm de flexibilidade na região lombar e no quadril, devido à diminuição da elasticidade de tendões, ligamentos e cápsulas articulares por causa da deficiência de colágeno.^{7,8} Neste estudo, os indivíduos testados (em ambos os treinamentos) apresentaram melhora significativa no equilíbrio mensurado pela Escala

de Berg. Quando o escore da Escala de Berg está entre 43 a 52, cada ponto diminuído no escore equivale a 2 a 7% de aumento de risco de queda em idosos.³⁰ Infere-se, portanto, que tendo as participantes obtido aumento significativo deste escore, sua probabilidade de quedas se torna menor e o grau de controle corporal, maior.

CONCLUSÕES

Os programas de treinamento empregados neste estudo mostraram que tanto o de força muscular, quanto o de flexibilidade articular, durante 11 semanas, foram eficientes para gerar benefícios em relação ao equilíbrio corporal das idosas avaliadas.

Com os dados significativos obtidos nos treinamentos realizados, constata-se que a melhora ou manutenção da força muscular e flexibilidade articular tem grande influência no equilíbrio corporal em idosos, podendo reduzir o risco de quedas e melhorar a qualidade de vida. Com isso, prolonga-se o período de independência, tão importante em qualquer idade, mas principalmente no período da senescência.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados por períodos de tempo mais prolongados, envolvendo indivíduos de ambos os sexos e utilizando programas mistos, que enfoquem tanto o desenvolvimento da força muscular, quanto da flexibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Farinatti PTV. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. Rev Bras Med Esporte São Paulo 2002 ago; 8(4): 129-38.
2. Kuhnen AP, et al. Programa de atividade física para terceira idade do CDS/UFSC: o efeito do exercício físico na resistência muscular. Extensio: Rev Eletrônica de Extensão Florianópolis 2004 mai; 1.
3. Hayflick L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1997. 366p.
4. Matsudo SM et al. Evolução do Perfil Neuromotor e Capacidade Funcional de Mulheres Fisicamente Ativas de acordo com a Idade Cronológica. Rev Bras Med Esporte São Paulo 2003 nov/dez; 9(6): 365-76.
5. Coutinho E, et al. Risk factors for falls with severe fracture in elderly people living in a middle-income country: a case control study. BMC Geriatrics 2008 aug; 8:21.
6. Pinheiro MM, et al. Risk factors for recurrent falls among brazilian women and men: the brazilian osteoporosis Study (BRASOS). Cad Saúde Pública 2010 janeiro; 26(1): 89-96.

7. Rebelatto Jr, et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Rev Bras Fisioter* 2006 jan; 10(1):127-32.
8. Fleck SJ, Kraemer WJ. Fundamentos do treinamento de força muscular. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. 376p.
9. Brasileiro JS. Influência do resfriamento e do aquecimento local na flexibilidade dos músculos isquiotibiais. *Rev Bras Fisioter* 2007 janeiro;11(1): 57-61.
10. Borges MRD, Moreira AK. Influência da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos fisicamente ativos e idosos sedentários. *Motriz Rio Claro* 2009 jul/set; 15(3): 562-73.
11. Lima RM, Oliveira RJ, Silva VAP. Efeitos do treinamento resistido sobre a capacidade cardiorrespiratória de indivíduos idosos. *Rev Digital Buenos Aires* 2003 may; 10(84). [Acesso em 27 jun 2010]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd84/idosos.htm>.
12. Matsudo SM. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Rev Bras Ed Física Especial São Paulo* 2006 set; 20(5): 135-37.
13. Shepard, RJ. Aging and exercise. *Internet society sport science* 1998;3(4). Disponível em: <http://sportsoci.org>. 1998.
14. Aagard P, et al. Mechanical muscle function, morphology, and fiber type in lifelong trained elderly. *Med Sci Sports Exerc Indianapolis* 2007 nov; 39(11): 1989-96.
15. Jacob Filho, W. Atividade física e envelhecimento saudável. *Rev Bras Ed Física e Esporte* 2006 set; 20(5): 73-7.
16. Miyamoto STT, et al. Brazilian Version of the Berg Balance Scale. *Braz J Med Biol Res* 2004 apr; 37(9): 1411-21.
17. Raso V, Matsudo SM, Matsudo VKR. A Força muscular de mulheres idosas decresce principalmente após oito semanas de interrupção de um programa de exercícios com pesos livres. *Rev Bras Med Esporte* 2001 dez; 7(5): 177-86.
18. American College of Sports Medicine. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 260p.
19. Teodori RM, Guirro EC, Santos RM. Distribuição da pressão plantar e localização do centro de força após a intervenção pelo método de reeducação postural global: um estudo de caso. *Fisioter Mov* 2005 jan/mar; 18(1): 27-35.
20. Manchester D, et al. Visual, vestibular and somatosensory contributions to balance control in the older adult. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci Oxford* 1989 jul; 44(4): 18-127.
21. Lord SR, Ward JA. Age-associated differences in sensori-motor function and balance in community dwelling women. *Age Ageing Oxford* 1994 nov; 23: 452-60.
22. Maki BE, Holliday PJ, Topper AK. A prospective study of postural balance and risk of falling in an ambulatory and independent elderly population. *J Gerontol Biol Sci Med Sci Oxford* 1994 march; 49(2):72-84.
23. Choy NL, Brauer S, Nitz J. Changes in postural stability in women aged 20 to 80 years. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci Oxford* 2003 Jun; 58(6): M525-M530.
24. Maior AS. Relação sarcopenia e treinamento de força. *Rev Fisioter UNICID São Paulo* 2004 jul/dez; 3(2):125-39.
25. Barela JA. Estratégias de controle em movimentos complexos: ciclo percepção-ação no controle postural. *Rev Paul Educ Fís* 2000; sup.3:79-88.
26. Freitas SMS. Coordenação postural em adultos e idosos durante movimentos voluntários na postura ereta. São Paulo. Tese [Doutorado em Educação física] – Universidade de São Paulo; 2005.
27. Freitas Jr PB. Características comportamentais do controle postural de jovens, adultos e idosos. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Biociências] – Universidade Estadual Paulista; 2003.
28. Okuno E, Fratin L. Desvendando a física do corpo humano: biomecânica. São Paulo: Manole; 2003. 200p.
29. Mochizuki L, Amadio AC. As informações sensoriais para o controle postural. *Fisioter Mov Curitiba* 2006 abr/jun; 19(2): 11-8.
30. Thorbahn LDB, Newton RA. Use of the berg balance test to predict falls in elderly persons. *Physical Therapy* 1996 jun; 76(3): 576-85.

Recebido: 17/8/2010

Revisado: 21/7/2011

Aprovado: 05/10/2011

Mejoras cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz

Cognitive and perceptual-motor improvements in elderly participating in a cognitive-motor integrated stimulation program

Ana Rey Cao¹
Inma Canales Lacruz²

Resumo

Este artículo tiene como objetivo mostrar los efectos cognitivos y perceptivo-motrices obtenidos tras la aplicación de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad para personas mayores llamado “Memoria en Movimiento”. Se trata de una investigación cuasi-experimental en la que participaron 234 personas mayores con una media de edad de 69.92 ± 7.23 distribuidas en grupo experimental inactivo físicamente y grupo control practicantes de Tai-chi y Gimnasia. La evaluación se realizó antes de la aplicación del programa y tras su finalización. Se utilizaron el Mini Examen Cognoscitivo, el Test de Dígitos – Total, Directo e Inverso –, una Prueba de Memoria Motriz y una Prueba de Orientación Espacial – Total, 1 y 2 –. Se constató una mejoría significativa (≤ 0.05) del grupo experimental en todas las mediciones de estudio excepto en Dígitos Directo y Orientación Espacial 2. El grupo control consigue mejoras significativas (≤ 0.05) exclusivamente en Orientación Espacial Total y Espacial 1 y deterioro significativo (≤ 0.05) en Memoria Motriz. El programa “Memoria en Movimiento” mejora la atención, la memoria, la conciencia corporal y la estructuración espacial de las personas mayores mediante tareas cognitivas con implicación motriz integral.

Palabras clave: Memoria. Movimiento. Cognitivo. Envejecimiento. Autoestimulación. Anciano.

Abstract

This paper aims to show the cognitive and perceptual-motor effects obtained after the application of a cognitive stimulation program through the motricity for the elders called “Memory in Movement”. This is a quasi-experimental research in which participated 234 major persons by an average of age of 69.92

¹ Universidad de Vigo. Departamento de Didácticas Especiales. Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte. Pontevedra, España.

² Universidad de Zaragoza. Departamento de Expresión plástica, musical y corporal. Área Didáctica de la Expresión Corporal. Facultad de Educación. Zaragoza, España.

Correspondència / Correspondence

Ana Rey Cao
Facultad de Ciencias da Educación e do Deporte. Universidad de Vigo. Campus A Xunqueira s/n. 36005 Pontevedra (España).
E-mail: anacao@uvigo.es

± 7.23 , distributed between experimental group inactive physically and the control group practice Tai-chi and gymnastics. The evaluation was made before application of the program and after its conclusion. It was used the Mini Cognitive Test, the WAIS-R Digit Span Test Direct and Inverse, a Test of Motor Memory and a Spatial Orientation test-Total, 1 and 2. A significant improvement (≤ 0.05) was checked in the experimental group in all the measurements of study excepting Digits Direct and Spatial Orientation 2. The control group achieved significant improvements (≤ 0.05) exclusively in Spatial Orientation Total and Spatial 1 and it got significant deterioration (≤ 0.05) in Motor Memory. The program "Memory in Movement" improves the attention, the memory, the body awareness and the spatial structuring of the elders by means of cognitive tasks with integral motor implication.

Key words: Memory. Movement. Cognitive. Aging. Self Stimulation. Aged.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento conlleva alteraciones en las funciones cognitivas,^{1,2} físicas³ y/o perceptivo-motrices.⁴ El grado de deterioro se relaciona con los niveles de práctica habitual de estas funciones, por lo que una intervención sistemática puede ayudar a contrarrestarlo.^{5,6}

El entrenamiento cognitivo mejora las funciones cognitivas.^{7,8} Del mismo modo, la práctica de ejercicio físico se asocia a mejoras cognitivas,⁹ físicas¹⁰ y perceptivo-motrices.⁴

Algunas intervenciones integran el entrenamiento cognitivo y físico. Es el caso de "Motricidad y memoria",¹¹ "Memory Workout Program",¹² "Vivir con vitalidad"⁵ y el programa mental y aeróbico de Fabre et al.¹³

Concretamente, la investigación de Fabre et al.¹³ compara los efectos de un entrenamiento aeróbico, un entrenamiento mental y la combinación de ambos sobre las funciones cognitivas. Concluye que su combinación consigue mayores efectos cognitivos que cualquiera de los entrenamientos por sí solos.

Pilar Pont¹¹ aplica una intervención que integra tareas perceptivo-motrices y de trabajo aeróbico para el entrenamiento de la memoria a partir de la vivencia corporal del movimiento. Esta investigadora demuestra que el trabajo cognitivo y psicomotriz integrado en una única intervención es más efectivo que su trabajo por separado.

Dado que el envejecimiento sensoriomotor y cognitivo están causalmente relacionados y son funcionalmente interdependientes,^{14,15} la combinación de trabajo perceptivo-motriz y cognitivo en tareas que requieren elevado control ejecutivo podría tener recíprocas transferencias positivas. Además los efectos positivos del ejercicio físico sobre la cognición son mayores si los procesos implicados requieren un elevado control ejecutivo.¹⁶

El componente motriz de los programas de entrenamiento cognitivo-motriz integrado no está centrado en el trabajo físico-condicional, como es el caso de las investigaciones que evalúan fundamentalmente la relación entre el ejercicio físico y la mejora cognitiva utilizando métodos básicamente aeróbicos y/o calistenias,⁹ sino que incorporan tareas perceptivo-motrices en las que lo relevante son las operaciones cognitivas que deben realizarse para su resolución.

En esta línea y con la intención de constituir un programa integral cognitivo-motriz denominado "Memoria en Movimiento",¹⁷ nació en el año 2007 el proyecto de Investigación + Desarrollo - CO-015-07 - denominado "Estimulación cognitiva a través de la motricidad para personas mayores" - ECAM -. Ha sido desarrollado por el grupo de Investigación DE-4 de la Facultad de Ciencias de la Educación y del Deporte de la Universidad de Vigo (España) y financiado por la Obra Social Caixa Galicia (España).

Por tanto, es objetivo de este artículo mostrar las mejoras cognitivas y perceptivo motrices en las personas mayores que han participado en el programa integral cognitivo-motriz “Memoria en Movimiento”^{*}.

MÉTODO

Participantes

Participaron 234 personas con una media de edad de 69.92 ± 7.23 procedentes de ocho Centros de Mayores de diferentes núcleos

urbanos de la comunidad autónoma gallega (España), distribuidas en grupo experimental ($n = 185$) y grupo control ($n = 49$). La disparidad de n entre los dos grupos se debe a que la investigación se realiza en contextos reales con grupos naturales.¹⁸

Los criterios de selección fueron: edad superior a 60 años, ausencia de deterioro cognitivo; inexistencia de problemas de movilidad y no institucionalización.

Para la recogida y utilización confidencial de los datos se solicitó su consentimiento informado.

Tabla 1- Características de las personas participantes. Pontevedra, España, 2010.

	n	% Sexo		Edad (años)	n por intervalos de edad		
		Hombres	Mujeres	Media \pm D.T.	60-69	70-79	80-89
Grupo e	185	17.3	82.7	69.94 ± 7.54	78	87	20
Grupo c	49	24.5	75.5	69.86 ± 5.99	27	18	4
Total	234	18.8	81.2	73.37 ± 7.90	105	105	24

Grupo e: grupo experimental; Grupo c: grupo control.

Procedimiento

Mediante un diseño cuasi-experimental se aplicó “Memoria en Movimiento” al grupo experimental y se evaluaron los resultados en los dos grupos – control y experimental – antes y después del programa – cuatro meses del año 2008 –. El grupo control participaba en otros programas de actividad física ofertados por el propio Centro de Mayores – Tai-chi y Gimnasia –, los cuales no eran regulados por el propio grupo de investigación.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo y un análisis inferencial. En este último, debido a la no normalidad de la muestra – Kolmogorov-Smirnov;

$p < 0.05$ –, se utilizaron pruebas no paramétricas: pares relacionados de Wilcoxon y H de Kruskal-Wallis, estimándose significativo ≤ 0.05 .

Variables dependientes

Deterioro cognitivo, memoria de trabajo, memoria inmediata, memoria motriz, atención, conciencia corporal y estructuración espacial.

Variable independiente

El programa de intervención “Memoria en Movimiento”,¹⁷ caracterizado por la implicación de la motricidad en la resolución de tareas que requieren de elevado control ejecutivo.

^{*} El programa “Memoria en Movimiento” se puede descargar de forma gratuita en el siguiente enlace de la Obra Social Caixa Galicia: http://www.obrasocialncg.com/noticias/mostrar/publicaciones_sobre_dependencia_envejecimiento_activo_y_estimulacion_cognit.

Está organizado en cuatro unidades didácticas, con un total de 26 sesiones de una hora de duración y 120 tareas en torno a cuatro bloques de contenidos: conciencia corporal, atención, estrategias para recordar y estructuración espacio-temporal. La frecuencia de aplicación es de dos sesiones semanales.

Las tareas propuestas respetan las particularidades perceptivas, motrices y motivacionales del envejecimiento. Estas características hacen necesario que las tareas se adapten al enlentecimiento de la velocidad de procesamiento, ya que suele afectar

notablemente y de forma generalizada a las personas mayores.

En consecuencia, los problemas derivados de la falta de atención y concentración – función inhibitoria –, y los derivados de la entrada de la información – enlentecimiento de la velocidad de procesamiento y problemas en los órganos de los sentidos –, son los principales aspectos que determinan el análisis de la aplicabilidad del programa. Además se evitan aquellas tareas complejas en las que los elementos novedosos a procesar son más de uno, ya que obtienen peores resultados en la comprensión y la participación.¹⁹

Tabla 2 - Contenidos y sesiones de las Unidades Didácticas de “Memoria en Movimiento”. Pontevedra, España, 2010.

	Unidad 1: Soy Corpóreo	Unidad 2: Cuerpo atento	Unidad 3: Cuerpo que recuerda	Unidad 4: Cuerpo orientado
Nº sesiones	5	6	8	7
Contenidos fundamentales	Respiración y relajación Movilidad articular Elongación Esquema corporal	Atención auditiva Atención visual Atención propioceptiva	Estrategias de memoria Técnicas de memoria	Estructuración espacial Estructuración temporal Estructuración espacio-temporal

La Unidad Didáctica 1 “Soy Corpóreo” optimiza el conocimiento del propio cuerpo mediante la realización de tareas corporales que inciden en la conciencia, imagen y esquema corporal. Introduce el control respiratorio como estrategia que predispone a la concentración y a la relajación. Se realizan tareas sencillas donde el alumnado memoriza secuencias de respiración y rutinas de movilidad articular.

La Unidad Didáctica 2 “Cuerpo atento” estimula la sensibilidad exteroceptiva de los órganos de la visión y la audición y posteriormente la atención ante informaciones espaciales y temporales que, en algunas actividades, han sido memorizadas previamente por los alumnos/as. También trabaja la

sensibilidad propioceptiva, estimulando la atención a las informaciones que provienen de nuestro propio cuerpo – músculos, tendones, huesos y articulaciones.

La Unidad Didáctica 3 “Cuerpo que recuerda” está destinada al aprendizaje y práctica de las estrategias mnésicas de la repetición, la visualización y la asociación; y de las técnicas mnésicas de pares asociados, método de la cadena, método Loci, método del agrupamiento y método de la historia. El aprendizaje se realiza aplicando estos recursos cognitivos en tareas motrices que requieren de la memorización de diferentes elementos tales como movimientos, posturas, objetos, trayectorias, ritmos, etc.

Por último, la Unidad Didáctica 4 “Cuerpo orientado” trabaja la exteroognosia, es decir, el conocimiento y adecuación a las coordenadas espacio-temporales. La expansión de la conciencia espacial se realiza – partiendo de la consolidación de la conciencia corporal iniciada en la unidad didáctica 1 – a través de tareas que incorporan la locomoción. Los ejercicios incluyen desplazamientos en los que deben realizarse estimaciones en función de referencias del espacio exterior y/o memorizaciones de trayectorias. Finalmente se incorporan desplazamientos que requieren la interpretación de representaciones topográficas. La conciencia temporal se trabaja con ejercicios de adecuación del movimiento que necesitan de la percepción de la duración y el orden. Los alumnos/as memorizan y ejecutan motrizmente diversidad de secuencias rítmicas.

Instrumentos

Se utilizaron tres herramientas: una evaluación informal, un informe médico y una evaluación formal.

En la evaluación informal, los profesionales de los centros aplicaron un protocolo de observación a través del cual identificaron a potenciales alumnos/as. Este protocolo está compuesto por dos partes. La primera parte adaptada del estadiaje evolutivo *Functional Assessment Staging – EAST* –²⁰ destinada a identificar a personas mayores sin deterioro cognitivo. La segunda parte destinada a determinar los dominios de los potenciales alumnos/as con respecto a su movilidad basándose en criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud – CIF –²¹.

Posteriormente las personas seleccionadas que deseaban realizar el programa solicitaron a su

médico un informe de idoneidad sobre su capacitación física.

La evaluación formal se centró en el Mini Examen Cognoscitivo – MEC – de 35 ítems,²² utilizando como corte para detectar deterioro cognitivo 23/24 puntos.

Para la evaluación de los efectos del programa se administraron: el MEC para evaluar el funcionamiento cognitivo general; el Test de Dígitos – WAIS III –,²³ que consta de una prueba directa e inversa y evalúa la atención, la memoria inmediata y la memoria de trabajo; una prueba de Memoria Motriz¹⁷ que consiste en la reproducción de diez posturas estáticas para evaluar la memoria motriz y la conciencia corporal; y una prueba de Orientación Espacial adaptada de Feuerstein²⁴ que consiste en recorrer ocho trayectorias identificando las direcciones – prueba de Orientación Espacial 1 – y los puntos cardinales – prueba de Orientación Espacial 2.¹⁷

El diseño de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Obra Social Caixa Galicia y sigue los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que rigen las investigaciones biomédicas con personas.

RESULTADOS

De las puntuaciones pretest – tabla 3 – destacan las diferencias significativas (≤ 0.05) en Memoria Motriz. El grupo experimental tiene una media de 5.62 ± 2.6 , mientras que el grupo control consigue una media de 8.16 ± 1.9 , casi 3 puntos de diferencia en una puntuación máxima de 10. En el resto de valores iniciales no se aprecian diferencias significativas (≥ 0.05) entre ambos grupos.

Tabla 3 - Análisis descriptivo e inferencia estadística intergrupos de las puntuaciones obtenidas en pre test. Pontevedra, España, 2010.

	Media \pm D.T.		P. Wilcoxon	
	Grupo e (n=185)	Grupo c (n=49)	Z	Valor de Significación
MEC (max. 35 puntos)	30.91 \pm 3.5	31.73 \pm 2.4	-1.217	0.224
Dígitos Total (max. 30 puntos)	11.50 \pm 3.3	11.00 \pm 2.9	-0.906	0.365
Dígitos Directo (max. 16 puntos)	7.15 \pm 1.9	6.76 \pm 1.7	-1.425	0.154
Dígitos Inverso (max. 14 puntos)	4.39 \pm 1.9	4.18 \pm 1.6	-0.372	0.710
P. Memoria Motriz (max. 10 puntos)	5.62 \pm 2.6	8.16 \pm 1.9	-6.073	0.001*
P. Orientac. Esp. Total (max. 16 puntos)	8.82 \pm 4.2	9.12 \pm 4.8	-0.778	0.437
P. Orientación Espacial 1 (max. 8 puntos)	5.03 \pm 2.1	4.76 \pm 2.5	-0.372	0.710
P. Orientación Espacial 2 (max. 8 puntos)	4.02 \pm 2.6	4.37 \pm 2.6	-1.328	0.184

Grupo e: Grupo experimental; Grupo c: Grupo control
 $p < 0.05$ * (La diferencia es significativa al nivel de 0.05)

En las tablas 4 y 5 se presentan las medias y desviaciones típicas, así como los resultados del

análisis inferencial a partir de la prueba de Wilcoxon del grupo experimental y control.

Tabla 4 - Análisis descriptivo e inferencia estadística de las puntuaciones obtenidas en pre-post test del grupo experimental. Pontevedra, España, 2010.

	Grupo experimental (n=185)			
	Media \pm D.T.		P. Wilcoxon	
	Pretest	Postest	Z	Valor de Significación
MEC (max. 35 puntos)	30.91 \pm 3.5	32.41 \pm 2.8	-7.649	0.001*
Dígitos Total (max. 30 puntos)	11.5 \pm 3.3	12.09 \pm 3.3	-4.130	0.001*
Dígitos Directo (max. 16 puntos)	7.15 \pm 1.9	7.3 \pm 1.9	-1.860	0.063
Dígitos Inverso (max. 14 puntos)	4.39 \pm 1.9	4.76 \pm 1.8	-3.549	0.001*
P. Memoria Motriz (max. 10 puntos)	5.62 \pm 2.6	7.08 \pm 2.6	-6.709	0.001*
P. Orientac. Esp. Total (max. 16 puntos)	8.82 \pm 4.2	11.81 \pm 3.7	-8.685	0.001*
P. Orientación Espacial 1 (max. 8 puntos)	5.03 \pm 2.1	6.36 \pm 1.7	-7.222	0.001*
P. Orientación Espacial 2 (max. 8 puntos)	4.02 \pm 2.6	5.65 \pm 2.1	-7.103	0.240

$p < 0.05$ * (La diferencia es significativa al nivel de 0.05)

La tabla 4 refleja las mejoras significativas (≤ 0.05) del grupo experimental en todos los valores excepto en el Dígitos Directo y

Orientación Espacial 2. En estas dos pruebas las mejoras no son significativas (≥ 0.05).

Tabla 5 - Análisis descriptivo e inferencia estadística de las puntuaciones obtenidas en pre-post test del grupo control. Pontevedra, España, 2010.

	Grupo control (n=49)			
	Media±D.T.		P. Wilcoxon	
	Pretest	Postest	Z	Valor de Significación
MEC (max. 35 puntos)	31.73±2.4	31.59±3.2	-0.072	0.942
Dígitos Total (max. 30 puntos)	11.00±2.9	11.08±2.4	-0.413	0.680
Dígitos Directo (max. 16 puntos)	6.76±1.7	6.76±1.7	-0.105	0.916
Dígitos Inverso (max. 14 puntos)	4.18±1.6	4.29±1.1	-0.576	0.565
P. Memoria Motriz (max. 10 puntos)	8.16±1.9	6.90±2.5	-4.325	0.001*
P. Orientac. Esp. Total (max. 16 puntos)	9.12±4.8	10.31±4.0	-3.327	0.001*
P. Orientación Espac. 1 (max. 8 puntos)	4.76±2.5	5.65±1.6	-2.808	0.005*
P. Orientación Espac. 2 (max. 8 puntos)	4.37±2.6	4.65±2.7	-1.176	0.240

p<0.05* (La diferencia es significativa al nivel de 0.05)

La tabla 5 revela mejoras significativas (≤ 0.05) del grupo control en Orientación Espacial Total y Espacial 1 y deterioro

significativo (≤ 0.05) en Memoria Motriz. No se producen mejoras significativas en el resto de los valores.

Tabla 6 - Análisis descriptivo e inferencia estadística de las puntuaciones obtenidas en pre test del grupo experimental según intervalos de edad. Pontevedra, España, 2010.

	Grupo experimental (n=185)				
	Media±D.T.			P. Kruskal Wallis	
	50-69 (n=78)	70-79 (n=87)	80-89 (n=20)	Chi ²	Valor de Significación
MEC	31.66±3.0	30.09±3.6	31.40±4.2	11.205	0.004*
Dígitos Total	11.86±3.2	11.01±3.2	12.15±3.6	2.094	0.351
Dígitos Directo	7.31±2.0	6.89±1.7	7.65±1.8	2.649	0.266
Dígitos Inverso	4.70±2.0	4.12±1.7	4.30±1.8	2.408	0.300
P. Memoria Motriz	5.62±8.4	5.52±2.4	6.00±2.5	8.781	0.012*
P. Orientac. Esp. Total	9.74±4.1	7.97±4.1	9.25±4.8	13.903	0.001*
P. Orientac. Espacial 1	5.53±2.1	4.55±2.0	5.44±2.3	3.834	0.147
P. Orientac. Espacial 2	4.63±2.5	3.66±2.6	3.88±2.9	23.769	0.001*

p<0.05* (La diferencia es significativa al nivel de 0.05)

Los datos de la tabla 6 no permiten establecer una relación directa edad-rendimiento del grupo experimental, ya que los sujetos más mayores – 80-89 años – consiguen mejores rendimientos que los sujetos incluidos en el segundo intervalo de edad –

70-79 años. No obstante, se debe tener en cuenta la desproporción de n del tercer intervalo de edad con respecto a los otros dos. En la mayoría de las puntuaciones los sujetos más jóvenes – 60-69 años – consiguen los mejores rendimientos.

La prueba H de Kruskal-Wallis constata diferencias significativas (≤ 0.05) según intervalos

de edad en MEC, Memoria Motriz, Orientación Espacial Total y Espacial 2.

Tabla 7 - Análisis descriptivo e inferencia estadística de las puntuaciones obtenidas en pre-post test del grupo experimental según intervalos de edad. Pontevedra, España, 2010.

			Grupo experimental (n=185)		P. Wilcoxon	
			Pretest	Posttest	Z	Valor de Significación
50-69 (n=78)	MEC	Media±D.T.	31.66±3.0	33.04±2.4	-5.291	0.001*
	Dig. Tot.	Media±D.T.	11.86±3.2	12.44±3.0	-2.580	0.010*
	Dig. Dir.	Media±D.T.	7.31±2.0	7.39±1.8	-0.917	0.359
	Dig. In.	Media±D.T.	4.70±2.0	5.05±1.6	-1.768	0.077
	Mem. Mot.	Media±D.T.	5.62±8.4	7.65±2.3	-5.681	0.001*
	Orient. Tot.	Media±D.T.	9.74±4.1	12.15±4.0	-4.923	0.001*
	Orient. 1	Media±D.T.	5.53±2.1	6.60±1.9	-3.965	0.001*
	Orient. 2	Media±D.T.	4.63±2.5	5.8±12.1	-3.052	0.002*
70-79 (n=87)	MEC	Media±D.T.	30.09±3.6	31.81±2.6	-5.242	0.001*
	Dig. Tot.	Media±D.T.	11.01±3.2	11.38±3.4	-2.044	0.041*
	Dig. Dir.	Media±D.T.	6.89±1.7	6.95±1.8	-0.805	0.421
	Dig. In.	Media±D.T.	4.12±1.7	4.36±1.9	-1.748	0.081
	Mem. Mot.	Media±D.T.	5.52±2.4	6.54±2.7	-3.612	0.001*
	Orient. Tot.	Media±D.T.	7.97±4.1	11.52±3.4	-6.661	0.001*
	Orient. 1	Media±D.T.	4.55±2.0	6.20±1.5	-6.066	0.001*
	Orient. 2	Media±D.T.	3.66±2.6	5.54±2.1	-5.837	0.001*
80-89 (n=20)	MEC	Media±D.T.	31.40±4.2	32.50±4.0	-1.910	0.056
	Dig. Tot.	Media±D.T.	12.15±3.6	13.70±3.6	-2.975	0.003*
	Dig. Dir.	Media±D.T.	7.65±1.8	8.40±2.1	-1.903	0.057
	Dig. In.	Media±D.T.	4.30±1.8	5.30±1.7	-3.272	0.001*
	Mem. Mot.	Media±D.T.	6.00±2.5	7.00±3.0	-1.415	0.161
	Orient. Tot.	Media±D.T.	9.25±4.8	11.88±3.5	-2.516	0.012*
	Orient. 1	Media±D.T.	5.44±2.3	6.19±1.9	-1.415	0.157
	Orient. 2	Media±D.T.	3.88±2.9	5.69±2.3	-2.945	0.003*

Dig Tot.: Dígitos Total; Dig. Dir: Dígitos Directo; Dig. In.: Dígitos Inverso; Mem. Mot.: Prueba Memoria Motriz; Orient. Tot.: Prueba Orientación Total; Orient. 1: Prueba Orientación 1; Orient. 2: Prueba Orientación 2

La tabla 7 muestra los resultados del grupo experimental según intervalos de edad. Concretamente los dos primeros intervalos de edad – 50-69 y 70-79 – obtienen mejoras significativas (≤ 0.05) en todos los valores excepto

en Dígitos Directo y Dígitos Inverso. Los más mayores del grupo experimental – 80-89 años – obtienen mejoras significativas (≤ 0.05) en cuatro de los ocho instrumentos: Dígitos Total, Dígitos Inverso; Orientación Espacial Total y Espacial 2.

Tabla 8 - Análisis descriptivo e inferencia estadística de las puntuaciones obtenidas en pre test del grupo experimental según nivel de estudios. Pontevedra, España, 2010.

	Grupo experimental (n=185)				P. Kruskal Wallis	
	Media±D.T.				Chi ²	Valor de Significación
	Primarios (n=127)	Secundarios (n=35)	Universitario (n=14)	Analfabeto (n=7)		
MEC	30.42±3.3	33.04±2.7	32.93±1.8	25.21±4.0	11.205	0.004*
Dígitos Total	10.78±2.8	13.68±3.4	14.14±3.4	8.43±1.6	2.094	0.351
Dígitos Directo	6.78±1.6	8.38±2.0	8.36±1.6	5.29±1.1	2.649	0.266
Dígitos Inverso	4.01±1.5	5.47±2.3	5.79±2.4	3.14±1.0	2.408	0.300
Memoria Motriz	5.20±2.5	6.78±2.4	6.77±2.8	6.00±2.5	8.781	0.012*
Orientac. Esp. Total	7.68±3.8	12.03±3.8	12.21±2.8	5.67±3.0	13.903	0.001*
Orientac. Espacial 1	4.61±2.1	6.24±1.9	6.43±1.6	3.83±1.4	3.834	0.147
Orientac. Espacial 2	3.07±2.3	5.79±2.2	5.86±1.9	1.83±2.1	23.769	0.001*

p<0.05* (La diferencia es significativa al nivel de 0.05)

Las medias de los valores iniciales del grupo experimental según el nivel de estudios se detallan en la tabla 8. De estos valores se desprende una relación directa nivel de estudios-rendimiento.

La prueba H de Kruskal-Wallis constata diferencias significativas (≤ 0.05) según nivel de estudios en MEC, Memoria Motriz, Orientación Espacial Total y Espacial 2.

Tabla 9 - Análisis descriptivo e inferencia estadística de las puntuaciones obtenidas en pre-post test del grupo experimental según nivel de estudios. Pontevedra, España, 2010.

		Media±D.T.	Grupo experimental (n=185)			
			Pretest	Postest	P. Wilcoxon	
					Z	Valor de Significación
Primarios (n=127)	MEC	Media±D.T.	30.42±3.3	32.00±2.8	-6.521	0.001*
	Dig. Tot.	Media±D.T.	10.78±2.8	11.15±2.7	-2.713	0.007*
	Dig. Dir.	Media±D.T.	6.78±1.6	6.91±1.5	-1.479	0.139
	Dig. In.	Media±D.T.	4.01±1.5	4.24±1.5	-1.744	0.081
	Mem. Mot.	Media±D.T.	5.20±2.5	6.60±2.6	-5.732	0.001*
	Orient. Tot.	Media±D.T.	7.68±3.8	10.92±3.7	-7.459	0.001*
	Orient. 1	Media±D.T.	4.61±2.1	6.04±1.7	-6.714	0.001*
	Orient. 2	Media±D.T.	3.07±2.3	5.05±2.2	-5.643	0.001*
Secundarios (n=35)	MEC	Media±D.T.	33.04±2.7	33.84±2.0	-2.809	0.005*
	Dig. Tot.	Media±D.T.	13.68±3.4	14.56±3.4	-2.586	0.008*
	Dig. Dir.	Media±D.T.	8.38±2.0	8.62±2.0	-0.843	0.399
	Dig. In.	Media±D.T.	5.47±2.3	6.06±1.7	-2.641	0.008*
	Mem. Mot.	Media±D.T.	6.78±2.4	8.26±1.9	-3.306	0.001*
	Orient. Tot.	Media±D.T.	12.03±3.8	13.93±2.8	-3.187	0.001*
	Orient. 1	Media±D.T.	6.24±1.9	7.07±1.4	-1.819	0.069
	Orient. 2	Media±D.T.	5.79±2.2	6.82±1.7	-3.130	0.002*
Universitarios (n=14)	MEC	Media±D.T.	32.93±1.8	34.07±1.3	-1.864	0.065
	Dig. Tot.	Media±D.T.	14.14±3.4	15.57±3.2	-1.894	0.058
	Dig. Dir.	Media±D.T.	8.36±1.6	8.29±2.7	-0.540	0.589
	Dig. In.	Media±D.T.	5.79±2.4	6.57±1.7	-1.725	0.084
	Mem. Mot.	Media±D.T.	6.77±2.8	8.79±1.6	-2.831	0.005*
	Orient. Tot.	Media±D.T.	12.21±2.8	14.57±1.7	-2.523	0.012*
	Orient. 1	Media±D.T.	6.43±1.6	7.43±1.2	-1.647	0.100
	Orient. 2	Media±D.T.	5.86±1.9	7.14±1.0	-2.435	0.015*

Tabla 9 - Análisis descriptivo e inferencia estadística de las puntuaciones obtenidas en pre-post test del grupo experimental según nivel de estudios. Pontevedra, España, 2010. (Continuação)

			Grupo experimental (n=185)		P. Wilcoxon	
			Pretest	Posttest	Z	Valor de Significación
Analfabeto/a (n=7)	MEC	Media±D.T.	25.21±4.0	29.00±1.8	-2.023	0.043*
	Dig. Tot.	Media±D.T.	8.43±1.6	10.00±3.0	-1.214	0.225
	Dig. Dir.	Media±D.T.	5.29±1.1	6.00±1.4	-1.289	0.197
	Dig. In.	Media±D.T.	3.14±1.0	4.00±1.9	-0.649	0.516
	Mem. Mot.	Media±D.T.	6.00±2.5	4.43±3.6	-0.765	0.444
	Orient. Tot.	Media±D.T.	5.67±3.0	10.33±3.4	-2.023	0.043*
	Orient. 1	Media±D.T.	3.83±1.4	5.83±1.9	-1.826	0.068
	Orient. 2	Media±D.T.	1.83±2.1	4.50±1.6	-2.032	0.042*

Dig Tot.: Dígitos Total; Dig. Dir: Dígitos Directo; Dig. In.: Dígitos Inverso; Mem. Mot.: Prueba Memoria Motriz; Orient. Tot.: Prueba Orientación Total; Orient. 1: Prueba Orientación 1; Orient. 2: Prueba Orientación 2
 $p < 0.05^*$ (La diferencia es significativa al nivel de 0.05)

De la tabla 9 se desprenden los siguientes resultados del grupo experimental según el nivel de estudios: Mejoras significativas (≤ 0.05) de las personas con estudios primarios en todos los valores excepto en Dígitos Directo e Inverso. Mejoras significativas (≤ 0.05) de las personas con estudios secundarios en todos los valores excepto Dígitos Directo y Orientación Espacial 1. Mejoras significativas (≤ 0.05) de las personas con estudios universitarios en Memoria Motriz, Orientación Espacial Total y Espacial 2. Mejoras significativas (≤ 0.05) de las personas analfabetas en MEC, Orientación Total y Orientación 2. Por lo tanto, los sujetos del grupo experimental con estudios primarios y secundarios mejoran más significativamente que los sujetos con estudios universitarios y sin estudios.

DISCUSIÓN

Los resultados expuestos descubren mejoras cognitivas en el grupo experimental tras su participación en el programa “Memoria en Movimiento” y coinciden con otras investigaciones que señalan mejoras significativas en las mediciones de las funciones cognitivas tras la aplicación de programas de memoria.^{7,25,26}

Tanto los trabajos anteriores como aquellos que incorporan programas mixtos – entrenamiento

cognitivo y entrenamiento físico^{-5,12,13} o programas integrados – entrenamiento cognitivo-motriz⁻¹¹ corroboran los resultados de la presente investigación y ratifican la importancia de programas específicos para la mejora de las funciones cognitivas.

Fabre et al.¹³ establecieron que la combinación de entrenamiento mental y aeróbico proporciona un efecto cognitivo mayor que cualquiera de los dos entrenamientos por separado. Aunque el presente estudio no puede ratificar tales conclusiones porque no incluyó en el diseño un grupo experimental sometido exclusivamente a entrenamiento físico o mental, los resultados de esta investigación coinciden con las mejoras cognitivas obtenidas por el grupo experimental 3 – entrenamiento aeróbico + mental – de Fabre et al.¹³

A pesar de esta correlación entre ambos estudios, existen grandes diferencias entre el entrenamiento aeróbico-mental desarrollado por Fabre et al.¹³ y el programa “Memoria en Movimiento”.¹⁷ El primero incluye módulos independientes de entrenamiento aeróbico y entrenamiento mental mientras que “Memoria en movimiento” integra en el mismo módulo y en todas las tareas el trabajo cognitivo con el motriz.

Precisamente, es esta línea de indagación la que avala el programa de intervención. La interacción

del trabajo perceptivo-motriz con mejoras en la memoria es lo más novedoso y relevante de este trabajo.

En la misma línea se encuentra el trabajo realizado por Pont,¹¹ que confirma que para la mejora de la memoria motriz es preferible integrar el entrenamiento motriz con el cognitivo frente a la práctica exclusiva de ejercicio físico. Los resultados que obtiene esta autora en su investigación después de aplicar un entrenamiento integral cognitivo-motriz concuerdan con las mejoras obtenidas por el grupo experimental de “Memoria en Movimiento” en la Prueba de Memoria Motriz.

En cuanto a las diferencias significativas de las puntuaciones iniciales en la Prueba de Memoria Motriz de los dos grupos pueden estar causadas porque las personas del grupo control eran activas físicamente – participaban desde hacía cinco meses en actividades de gimnasia y/o tai chi –. Por su parte, los integrantes del grupo experimental eran inactivos físicamente al comienzo de las primeras mediciones. Dado que la práctica regular de actividad física preserva la propiocepción,^{4,14,27} puede haber influido en la evaluación al tratarse de una prueba de memoria a corto plazo que requiere de información espacial, en la que la superposición de informaciones – táctil y kinestésica – es particularmente importante.²⁸ Con todo, las mejoras en el grupo experimental después de su participación en el programa en contraposición a los resultados del grupo control se han hecho patentes.

En cuanto a las pruebas de Orientación Espacial, las mejoras significativas apreciadas en el grupo experimental concuerdan con los resultados de Calero y García.²⁹ Los entrenamientos de aptitudes espaciales específicos que implican solución de problemas próximos a la vida real obtienen resultados positivos. Diferentes estudios sugieren efectos beneficiosos del entrenamiento sobre el deterioro de la memoria espacial asociado a la edad, ya que la plasticidad cerebral induciría cambios neurológicos.³⁰

Cuando se lleva a cabo el análisis intragrupos del grupo experimental según intervalos de edad, se observa que en todos los valores iniciales los resultados son dispares, lo que no permite admitir una relación directa edad-nivel de función cognitiva. Diversos autores^{31,32} apuntan que el funcionamiento cognitivo no se correlaciona directamente con un único factor, sino que es sistémico y susceptible de la influencia combinada de varios factores: edad, nivel de estudios, género y estilos de vida. Esta confluencia idiosincrásica de cada individuo podría explicar los resultados dispares edad-rendimiento cognitivo.

El análisis intragrupos del factor nivel de estudios del grupo experimental permite contrastar los mejores rendimientos en los valores iniciales de los sujetos con mayor nivel de estudios. Estos resultados coinciden con Schönknecht et al.³³ en cuanto que los niveles educativos determinan el aumento de la capacidad de reserva cognitiva, demorando la aparición del declinar cognitivo. Gómez y Ostrosky³⁴ confirman la hipótesis de la reserva cognitiva, pero se muestran prudentes ante la compleja relación entre la educación y la capacidad cognitiva asociada a la edad.

De forma global, los datos obtenidos sugieren que, cuando las personas mayores participan en un programa de estimulación cognitiva a través de tareas que integran el trabajo cognitivo y motriz se producen mejoras importantes en el funcionamiento cognitivo general; en la atención, la memoria de trabajo, la memoria motriz, la conciencia corporal y la orientación espacial.

Además, el análisis intragrupos apunta mayores progresos en las personas de edades comprendidas entre los 50 y los 79 años, con estudios primarios o secundarios. Se trata de un primer avance que requiere de verificación en posteriores investigaciones.

CONCLUSIONES

“Memoria en Movimiento” es un programa de estimulación cognitiva para personas mayores que integra el entrenamiento cognitivo y

perceptivo-motriz mediante el desarrollo de tareas que implican simultáneamente la cognición y la motricidad. Las tareas son sencillas, significativas y evitan el factor velocidad, pero con una demanda elevada del control ejecutivo. Los destinatarios/as que obtienen los mayores beneficios de la participación en el programa son personas mayores de 60 años, sin deterioro cognitivo, sin problemas de movilidad y sin institucionalizar. El programa “Memoria en Movimiento” consigue a través de 26 sesiones el desarrollo de la atención, la memoria y las funciones perceptivo-motrices

de la conciencia corporal y de la estructuración espacial de las personas mayores a partir de tareas de carácter lúdico y social que requieren la implicación motriz de los participantes.

AGRADECIMIENTOS

A todos los alumnos/as de “Memoria en Movimiento” por su participación. A la Obra Social Caixa Galicia por su apoyo y financiación –CO-015-07–.

REFERENCIAS

1. Park DC, Polk TA, Mikels JA, et al. Cerebral aging: integration of brain and behavioral models of cognitive function. *Dialogues in clinical neuroscience* 2001; 3 (3): 151-165.
2. Sorel O, Pennequin V. Aging of the planning process: the role of executive functioning. *Brain and Cognition* 2008; 66: 196-204.
3. Duarte JA, Appell HJ. Skeletal muscle and aging. *European review of aging and physical activity* 2007; 4 (1): 51-52.
4. Ribeiro F, Oliveira J. Aging effects on joint proprioception: the role of physical activity in proprioception. *European Review of aging and Physical Activity* 2007; 4 (2): 71-76.
5. Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con vitalidad”. *Arch Gerontol Geriatrics* 2005; 20: 135-148.
6. Richeson N, Boyne S, Brady EM. Education for older adults with early-stage dementia: health promotion for the mind, body and spirit. *Educ Gerontol* 2007; 33: 723-736.
7. Belleviye S, et al. Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive Impairment and healthy older adults, evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and geriatrics disorders* 2006; 22: 5-6.
8. Zamarrón MD, Tárraga L, Fernández-Ballesteros R. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema* 2008; 20(3): 432-437.
9. Kramer A, Erickson K, Colcombe S. Exercise, cognition, and the aging brain. *J of Applied Physiology* 2006; 101: 1237-1242.
10. Fragoso F, et al. Efecto del entrenamiento de fuerza sobre la autonomía funcional en mujeres mayores sanas. *Rev Española de Geriatria y Gerontología* 2007; 42(6): 342-347.
11. Pont P. Efectes d'un programa d'activitat física sobre la memòria en la gent gran. Barcelona. Tesis [doctoral en salud]— Universitat de Barcelona; 2005.
12. Rebok GW, Plude DJ. Relation of physical activity to memory functioning in older adults, the memory workout program. *Educ Gerontol* 2001; 27 (3): 241-259.
13. Fabre C, et al. Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subjects. *Int J Sports Med* 2002; 23(6): 415-421.
14. Kimura N, et al. Memory and physical mobility in physically and cognitively-independent elderly people. *Geriatric and Gerontologist International* 2007; 7: 258-265.
15. Schäfer S, Huxhold O, Lindenberger U. Healthy mind in healthy body: a review of sensorimotor-cognitive interdependencies in old age. *European Review of Aging and Physical Activity* 2006; 3 (2): 45-54.
16. Dishman R, et al. Neurobiology of exercise. *Obesity* 2006; 14 (3): 345-356.
17. Rey A, Canales I. Memoria en Movimiento: programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad para personas mayores . Santiago de Compostela: l Caixa Galicia; 2008. [Acceso en sep 2009]. Disponible en: <http://www.obrasocialcaixagalicia.org>.
18. Anguera MT, et al. Métodos de investigación en psicología. Madrid: síntesis; 1995.

19. Salthouse T, et al. Sources of individual differences in spatial visualization ability. *Intelligence* 1990; 14: 187-230.
20. Sclan SG, Reisberg MD. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *International psychogeriatric* 1992; 4 (1): 55-69.
21. Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales; 2001
22. Lobo A, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Interpsiquis* 2001 feb. [Acceso 3 dic 2007]; URL disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicología>.
23. Seisdedos N. WAIS-III: manual técnico. Madrid: TEA; 1999.
24. Feuerstein R. Programa de enriquecimiento instrumental. Un momento déjame pensar. Madrid: Bruño Instituto S. Pío X Agregado; 2000.
25. Calero MD, Navarro E. Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud* 2005; 17(2): 187-202.
26. Recio P, Rodríguez R, García MV. Mejora de la memoria en un caso mediante aprendizaje de estrategias nemotécnicas. *Psicothema* 2000; 12(2): 496-499.
27. Mulder TH, Hochstenbach JBH, van Heuvelen MJG, den Otter AR. Motor imagery, the relation between age and imagery capacity. *Human movement Science* 2007; 26: 203-211.
28. Millar S. Memory in touch. *Psicothema* 1999; 11 (4): 747-767.
29. Calero MD, García T. Entrenamiento de la competencia espacial en ancianos. *Anuario de psicología* 1995; 64: 67-81.
30. Vicens P, Redolat R, Carrasco MC. Aprendizaje espacial y laberinto de agua: metodología y aplicaciones. *Psicothema* 2003; 15 (4): 539-544.
31. Laursen P. The impact of aging on cognitive functions. An 11 year follow-up study of four aged cohorts. *Acta Neurologica Scandinavica* 1997; 96: 1-86.
32. Martín M, Moreno P, Blas J, Buelbena A. Deterioro cognitivo ligero. *Geriátrika* 2004; 20 (2): 58-71.
33. Schönknecht P, Pantel J, Kruse A, Schröder J. Prevalence and natural course of aging-associated cognitive decline in a population-based sample of young old subjects. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2071-2077.
34. Gomez E, Ostrosky F. Attention and memory evaluation across the Life Span, Heterogeneous effects of age and education. *J of Clinical and Exp Neuropsychol* 2006; 28: 477-494.

Recibido: 28/2/2011

Revisado: 20/10/2011

Aprovado: 25/11/2011

Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas

Correlation between signs and symptoms of urinary incontinence and self-esteem in elderly women

Bruna Evellyn Souza Melo¹
 Bruna Carneiro Rodrigues Freitas¹
 Valéria Rodrigues Costa Oliveira¹
 Ruth Losada de Menezes²

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de sinais e sintomas de incontinência urinária e sua relação com a autoestima de idosas. **Método:** A amostra foi constituída por 27 idosas, com média de idade de 67,59 (\pm 5,16), participantes do Curso Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) do Programa Gerontologia Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Foram utilizados três instrumentos para avaliação, sendo eles o Miniexame do estado mental, um instrumento específico elaborado para este estudo e o questionário de autoestima desenvolvido por Steglich. O tratamento estatístico foi descritivo e com testes não-paramétricos, com nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Foi observado que 44,4% das idosas apresentam perda de urina, destas, 58,33% perdem uma vez por semana, todas relatam perder pouca quantidade de urina e 66,7% apresentam perda há mais de um ano. A autoestima foi considerada baixa em 77,8% das idosas, mas não houve correlação entre a mesma e os sintomas de IU. **Conclusão:** A autoestima diminuída é uma condição frequente na população idosa e vários fatores podem contribuir para isso, porém na amostra estudada não foi possível identificar a contribuição da IU.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Saúde Mental. Motivação. Incontinência urinária. Idosas. Autoestima.

Abstract

Objective: Identify the prevalence of signs and symptoms of urinary incontinence and their relationship with the self-esteem of elderly. **Methods:** The sample was constitute by 27 elderly, mean age 67.59 (\pm 5.16), participants of Open University for the Elderly (UNATI) of the Social Gerontology Program of Pontifical Catholic University of Goiás. Three instruments were used for: the Mini mental state examination, a specific instrument prepared for this study and a self-esteem and self-image questionnaire developed by Steglich. The statistical treatment was

¹ Curso de Fisioterapia, Departamento de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiania, GO, Brasil.

² Faculdade de Ceilândia FCE. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

descriptive and non-parametrical test, with significance level of $p < 0.05$. *Results:* It was observed that 44.4% of the elderly have urine loss, 58.33% lose once a week, all reported losing a little amount of urine and 66.7% have urine loss for over a year. The self-esteem was considered low in 77.8% of elderly, but no correlation between self-esteem and symptoms of UI was found. *Conclusion:* The decreased self-esteem is a frequent condition in the elderly people and several factors can contribute for this, but this sample did not allow to identify the contribution of the UI.

Key words: Health of the elderly. Mental health. Motivation. Urinary incontinence. Elderly. Self-esteem.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU), segundo o Comitê de Padronização da Sociedade Internacional de Continência, é definida como qualquer perda involuntária de urina. É classificada em três tipos principais: a incontinência urinária de esforço (IUE), quando ocorre perda de urina durante algum esforço que aumente a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro ou exercícios físicos; a urge-incontinência (IUU), caracterizada pela perda de urina acompanhada por forte sensação de urgência para urinar; e a incontinência urinária mista (IUM), quando há queixa de perda associada à urgência e também aos esforços.¹⁻⁴

É altamente prevalente em adultos e de duas a quatro vezes mais comum em mulheres do que em homens. É uma alteração não inerente ao processo de envelhecimento, mas sua incidência aumenta linearmente com a idade, podendo ser considerada como uma síndrome geriátrica, devido à alta prevalência nesses indivíduos e ao impacto negativo que provoca no idoso.^{3,5,6}

A idade avançada está relacionada com alterações de motivação, destreza manual, mobilidade, lucidez e existência de doenças associadas, que são fatores que podem ser responsáveis pela incontinência urinária; nas mulheres, pode ainda estar associado a mudanças hormonais que ocorrem na menopausa, aumento do índice de massa corpórea, múltiplas gestações, constipação intestinal, efeitos colaterais de medicamentos entre outros.^{3,4,7,8}

Os sinais e sintomas decorrentes da incontinência urinária são: aumento da frequência

miccional, noctúria, urgência, hiper-reflexia vesical, perda de urina ao esforço, incontinência no intercurso sexual, infecções urinárias e dor na bexiga.⁹

A incontinência urinária não está relacionada somente a comprometimentos físicos; também pode gerar consequências que atingem uma ampla esfera envolvendo aspectos psicossociais, deteriorando significativamente a qualidade de vida, limitando sua autonomia e reduzindo sua autoestima. Outros fatores como gênero, idade, condição socioeconômica e quantidade de perda de urina podem ser responsáveis por diferenças no comportamento pessoal frente à incontinência. O impacto dos sintomas está relacionado à percepção individual de cada mulher frente a severidade, tipo e quantidade da perda de urina.^{3,9,10}

Problemas de ordem social, ocupacional, doméstica e sexual podem ser encontrados em mulheres com IU e são causas significativas de morbidade, estresse e debilidade, tendo grande impacto na qualidade de vida. Fazem parte do quadro clínico alterações como vergonha, depressão, isolamento, ansiedade, estresse emocional, insatisfação sexual, constrangimento social, baixo desempenho profissional e perda da autoestima. Os efeitos psicossociais podem ser mais devastadores que as consequências sobre a saúde física, podendo afetar atividades diárias, a interação social e a autopercepção do estado de saúde.^{3,8,10-12}

A autoestima é a avaliação que o indivíduo faz e mantém de si mesmo, sendo construída através de interações e avaliações sociais. Alguns

autores a definem como o senso individual de autoaceitação, capacidade e valor pessoal, sendo o julgamento sobre o próprio valor e atitude de aprovação ou desaprovação do eu. Pode ser considerada ainda como um apanhado de sentimentos e crenças do indivíduo acerca da competência e valor, de suas habilidades de tornar as coisas diferentes, de confrontar e lidar com os desafios, de sua capacidade de aprender com o fracasso e o sucesso, e evidenciar um tratamento respeitoso para com ele e os outros.¹³

Essas alterações de ordem psicossociais fazem com que as pacientes portadoras de incontinência urinária convivam com o problema por muitos anos sem falar sobre o assunto com familiares, amigos e profissionais de saúde. Muitas vezes, consideram uma condição natural da idade e decorrentes de gestações, além da falta de conhecimento sobre a existência de tratamento viável. Isso faz com que essas mulheres deixem de procurar serviços de saúde, sendo que a procura por atendimento está relacionada à severidade dos sintomas.^{6,7,11}

Diante do crescente aumento da incidência de síndromes geriátricas, com destaque para a incontinência urinária, e das repercussões da mesma na vida da mulher, é necessária maior investigação sobre como as mulheres percebem a presença e suas repercussões em suas vidas. Desta forma, este estudo permitirá aos profissionais da saúde conhecer essas alterações que muito influenciam na qualidade e adesão do tratamento, favorecendo uma melhor condução do mesmo.

O objetivo deste estudo consiste em identificar a prevalência de sinais e sintomas de IU e sua relação com a autoestima de idosas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico transversal, realizado com idosas participantes do Curso Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) do Programa de Gerontologia Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. A amostra por conveniência foi de 27 idosas, sendo incluídos

indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e que não possuíam déficit cognitivo que os impedisse de responder aos instrumentos, avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental.

Participavam do curso UNATI, no momento da investigação, aproximadamente 90 alunas idosas. No entanto, o aceite em participar da pesquisa foi acusado por um número inferior, o que justifica a amostra reduzida, pelo fato de essa temática muitas vezes despertar o sentimento de negação e constrangimento social por parte das idosas. Assim, respeitando-se os preceitos éticos na pesquisa com seres humanos, aquelas que não manifestaram seu aceite mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foram liberadas sem qualquer prejuízo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, (00790168000-09), e a coleta de dados realizada no período de 14 de setembro a 1º de outubro de 2009. Foram aplicados três instrumentos de avaliação, na seguinte ordem: Mini-exame do estado mental (MEEM), um instrumento elaborado especificamente para o estudo e o questionário de autoestima.

O MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma planejada com o objetivo de se avaliarem funções cognitivas específicas. São elas: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, evocação das três palavras registradas, linguagem e praxia visuo-construtiva.

A cada resposta correta, o indivíduo recebe um ponto; a pontuação varia de 0 a 30 pontos e é avaliada da seguinte maneira: de 30 a 26 pontos, a função cognitiva está íntegra; entre 25 e 24 pontos, o paciente possui pequena alteração sugestiva de déficit; e com 23 pontos ou menos, o teste sugere possível déficit de cognição.^{14,15}

O formulário desenvolvido pelas pesquisadoras inclui informações como dados sociodemográficos (nome, idade, escolaridade, estado civil, profissão

e renda familiar), dados relativos ao perfil saúde-doença (IMC, atividade física, tabagismo, atividade sexual, acompanhamento ginecológico, uso de medicamentos, gestações e partos, presença de doenças crônicas, infecções urinárias, constipação intestinal e reposição hormonal) e sobre os sinais e sintomas (perda de urina, frequência, quantidade, situação e início da perda, presença de polaciúria, dor na bexiga, noctúria, perda durante o ato sexual e uso de métodos de adaptação).

Para avaliação da autoestima, empregaram-se questões do questionário de autoimagem e autoestima desenvolvido por Steglich¹⁶ que apresenta 78 itens a respeito desses dois domínios. Para aplicação nesta pesquisa, foram utilizadas as questões relacionadas somente à autoestima (3, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 60, 64, 66, 67, 68, 76, 77, 78). Cada questão apresenta cinco alternativas de respostas (cada resposta apresenta uma determinada pontuação, variando de 1 a 5, sendo que ao final obtém-se um escore somatório de todos os itens estudados). Quanto maior a pontuação, melhores

são a autoimagem e a autoestima. Para a avaliação, utilizaram-se pontos de corte para classificar a autoestima em baixa ou alta, utilizando a pontuação sugerida por Mazo, Cardoso & Aguiar¹⁷: autoestima – baixa: valores entre 41 e 163; alta: valores 164 e 205. Esse instrumento apresenta alto índice de validade e fidedignidade (coeficiente de fidedignidade de Pearson 0,89).¹⁶

Os dados foram tabulados no software Excel e analisados no programa estatístico SPSS. O tratamento estatístico foi descritivo, tendo sido utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados e testes não-paramétricos (Qui-quadrado) com nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A idade média das idosas participantes foi de 67,59 ($\pm 5,16$), variando de 60 a 80 anos; em relação à escolaridade, 12 (44,4%) possuem ensino médio ou curso superior; 20 (74,1%) não possuem vida conjugal; 11 (40,7%) possuem renda familiar de um a dois salários mínimos (tabela 1).

Tabela 1 - Descrição geral da amostra em número e percentual em relação às variáveis sociodemográficas. Goiânia, GO, 2009.

Variáveis	Número de indivíduos	
	n	%
Faixa etária		
Entre 60 a 69 anos	20	74,1
Entre 70 a 79 anos	6	22,2
80 anos ou mais	1	3,7
Escolaridade		
Sabe ler e escrever ou primário incompleto	1	3,7
Primário completo	7	25,9
Ginásio	7	25,9
Colegial ou curso superior	12	44,4
Estado Civil		
Com vida conjugal (casado, amasiado)	7	25,9
Sem vida conjugal (solteiro, viúvo, divorciado)	20	74,1
Renda Familiar		
1 a 2 salários mínimos	11	40,7
3 a 4 salários mínimos	10	37,0
5 a 8 salários mínimos	4	14,8
Mais de 8 salários mínimos	2	7,4
Total	27	100,0

A respeito do estado cognitivo avaliado por meio do MEEM, nenhuma das idosas apresentou alteração.

Quanto ao perfil de saúde-doença, nove idosas (33,3%) apresentam sobrepeso e sete (25,9%), obesidade; 19 (70,3%) praticam atividade física. Das idosas estudadas, 21 (77,8%) não mantêm atividade sexual; 22

(81,5%) fazem acompanhamento ginecológico; 23 (85,1%) utilizam algum tipo de medicamento; 18 (66,7%) tiveram até três partos, 16 (59,3%) tiveram parto vaginal, quatro (14,8%) tiveram parto cesareana e três (11,1%), ambos. Nenhuma idosa relatou ter infecções urinárias; seis (22,2%) relataram possuir constipação intestinal e sete (25,9%) fazem reposição hormonal (tabela 2).

Tabela 2 - Descrição geral da amostra em número e percentual em relação às variáveis saúde-doença. Goiânia, GO, 2009.

Variáveis	Número de indivíduos	
	n	%
IMC		
Menor que 20 (abaixo do peso)	2	7,4
20 a 25 (normal)	9	33,3
De 25,1 a 29,9 (sobrepeso)	9	33,3
De 30,0 a 39,9 (obeso)	7	25,9
Atividade física		
Não	8	29,6
Duas vezes na semana	6	22,2
Três vezes ou mais	13	48,1
Atividade sexual		
Sim	6	22,2
Não	21	77,8
Acompanhamento ginecológico		
Sim	22	81,5
Não	5	18,5
Medicamentos		
Não	4	14,8
Entre 1 e 3	11	40,7
3 ou mais	12	44,4
Número de partos		
Até 3	18	66,7
Entre 4 e 7	7	25,9
8 ou mais	2	7,4
Infecção urinária		
Sim	0	0,0
Não	27	100,0
Constipação intestinal		
Sim	6	22,2
Não	21	77,8
Reposição hormonal		
Sim	7	25,9
Não	20	74,1
To tal	27	100,0

Em relação aos sinais e sintomas de IU, 12 (44,4%) idosas apresentam perda de urina; destas, sete (58,33%) apresentam perda em média uma vez na semana. Todas as idosas relataram perder pouca quantidade de urina e sete (58,4%) relataram perda de urina aos esforços e após uma sensação de urgência. Quanto ao início dos

sintomas, oito (66,7%) apresentam perda há mais de um ano. O aumento da frequência miccional foi relatado por 12 idosas (44,4%); três (11,1%) possuem dor na bexiga e 17 (63%) apresentam noctúria. Apenas uma idosa relatou ter perda de urina no ato sexual e quatro (33,3%) recorrem a algum método de adaptação (tabela 3).

Tabela 3 - Descrição geral da amostra (n = 27) em relação às variáveis sinais e sintomas de IU e autoestima. Goiânia, GO, 2009.

Variáveis - sinais e sintomas IU	Número de idosas de acordo com a classificação da autoestima			p*
	Alta	Baixa	Total	
Perda de urina				
Sim	3	9	12	0,756
Não	3	12	15	
Total	6	21	27	
Frequência de perda de urina				
Várias vezes ao dia	0	5	5	0,901
Uma vez na semana	3	4	7	
Total	3	9	12	
Quantidade de perda de urina				
Pouca	3	9	12	-
Muita	0	0	0	
Total	3	9	12	
Início das perdas de urina				
Há menos de um ano	1	3	4	1,000
Há mais de um ano	2	6	8	
Total	3	9	12	
Polaciúria				
Sim	2	10	12	0,535
Não	4	11	15	
Total	6	21	27	
Dor na bexiga				
Sim	1	2	3	0,623
Não	5	19	24	
Total	6	21	27	
Situação de perda				
Tosse, espirro, riso, ao subir escadas, ao andar	0	2	2	0,144
Seguido de uma sensação de urgência para urinar	2	1	3	
Nas duas situações anteriores	1	6	7	
Total	3	9	12	
Noctúria				
Sim	4	13	17	0,831
Não	2	8	10	
Total	6	21	27	
Perda no ato sexual				
Sim	1	0	1	0,057
Não	5	21	26	
Total	6	21	27	
Métodos de adaptações				
Sim	0	4	4	0,157
Não	3	5	8	
Total	3	9	12	

*Qui-quadrado

Das mulheres avaliadas 21 (77,8%) possuem baixa autoestima (figura 01). Ao relacionar a autoestima aos sinais e sintomas de IU,

verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis (tabela 3).

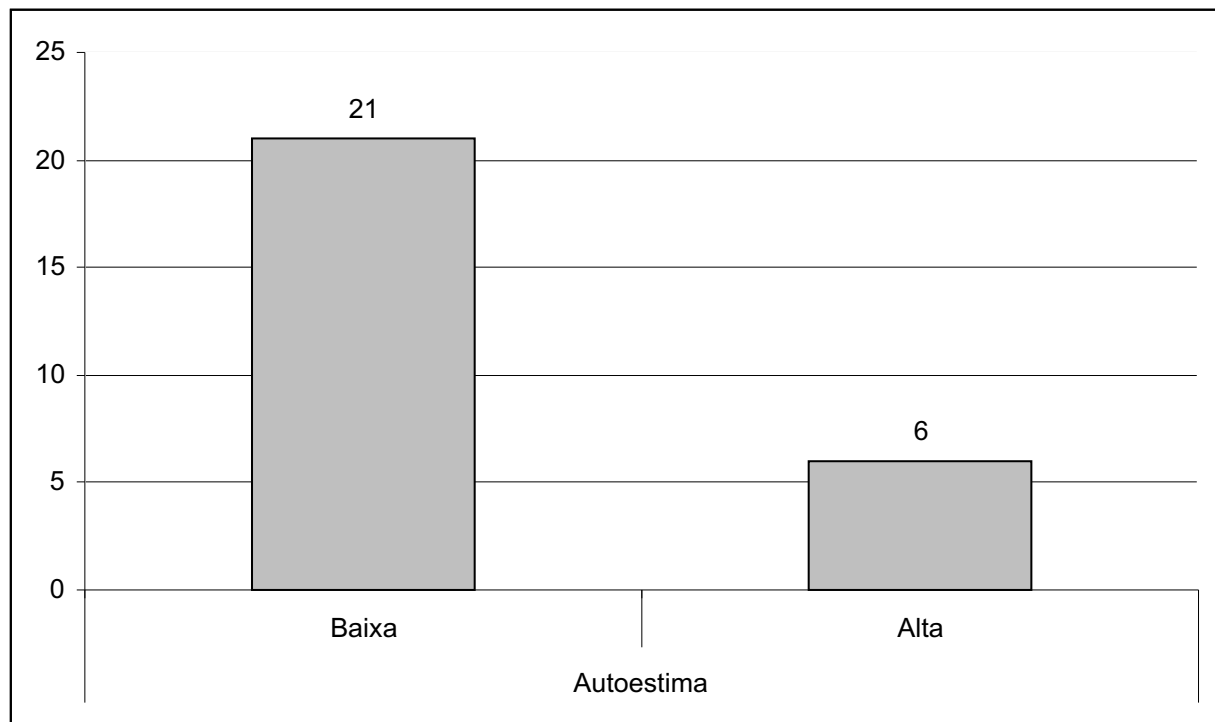


Figura 1 - Descrição da amostra (n = 27) em relação à variável autoestima. Goiânia, GO, 2009.

DISCUSSÃO

Os indivíduos participantes deste estudo são do sexo feminino, com idade entre 60 e 80 anos, sendo que das 27 participantes, 44,4% apresentaram perda de urina. Ko et al.,¹⁸ em seu estudo com 141.815 indivíduos de ambos os sexos, verificaram prevalência de incontinência urinária em 22.054 (64,3%) mulheres.

Grodstein et al. *apud* Oliveira et al.¹⁹ observaram que a prevalência da perda urinária aumenta com o avanço da idade, sendo que mulheres entre 61 e 65 anos tiveram risco aumentado em 22%, enquanto que naquelas com mais de 70 anos o risco foi de 77%, quando comparadas a mulheres com idade inferior a 50 anos. Já em outro estudo realizado por Pastor et al.²⁰ com 1.151 indivíduos, sendo 567 mulheres, não se observou aumento da prevalência da incontinência urinária entre as mulheres com o avanço da idade.

No presente estudo, em relação à escolaridade, 15 (55,5%) possuem até ensino fundamental; 20 (74,1%) não possuem vida conjugal; 11 (40,7%) possuem renda familiar entre um e dois salários mínimos. Dados semelhantes foram observados por Guarisi et al.²¹ em estudo com mulheres climatéricas, cuja maioria era branca, com baixo grau de escolaridade e não possuía emprego remunerado; a maioria, no entanto, vivia com companheiro.

Higa, Lopes & Reis,⁴ em revisão de literatura, afirmam que a obesidade é um fator que agrava ou contribui para a incontinência urinária, juntamente com outros fatores como paridade, tipo de parto, mudanças hormonais durante a menopausa, constipação intestinal, presença de doenças crônicas, uso de determinados medicamentos e tabagismo. No presente estudo, foi observado que 59,2% das idosas apresentaram sobrepeso ou obesidade; 85,1% utilizavam algum

tipo de medicamento; 66,7% tiveram até três partos e 59,3%, parto vaginal.

De acordo com os tipos de IU, a maioria (58,4%) referiu sintomas de IUM, seguido de 25% com sintomas de IUU e 16,6% de IUE, corroborando o estudo de Silva & Lopes.²² Lopes & Higa,⁵ em estudo com mulheres com queixa de IU, verificaram que a queixa de IUE ocorre em média entre mulheres mais jovens, enquanto a IUM e IUU predominaram nas mulheres com média de idade maior.

No estudo aqui apresentado, 58,33% apresentaram perda em média uma vez por semana e todas as idosas relataram perder pouca quantidade de urina. No estudo de Silva & Lopes,²² observou-se que a maioria (60%) acreditava perder uma pequena quantidade de urina; no entanto, 57,1% das mulheres referiram perda de urina diversas vezes ao dia e apenas 20% relataram perda uma vez por semana ou menos.

Da amostra analisada, 66,7% apresentaram perda de urina há mais de um ano e 33,3% recorriam a algum método de adaptação. Tamanini et al.,²³ em estudo observacional com 156 mulheres com queixa de IU, encontraram que 94,2% declararam perder urina há mais de um ano e 61% usavam absorventes como estratégia para minimizar os efeitos da IU.

Dentre as participantes deste estudo, 81,5% declararam fazer acompanhamento ginecológico. Por outro lado, Guarisi et al.,²⁴ em estudo do tipo inquérito populacional domiciliar com mulheres com sintomatologia do climatério, avaliaram a procura por cuidados médicos devido à queixa de IU, encontrando que pouco mais da metade (58,8%) consultou um médico por este motivo. Dentre os motivos relatados pela não procura, os mais mencionados foram que os sintomas não mereciam atenção médica, não eram tão fortes ou não incomodavam.

Os resultados obtidos pelo questionário de autoestima revelaram que 77,8% das participantes apresentaram baixa autoestima. Entretanto, não se verificou relação entre a autoestima e os sinais e sintomas de IU. Da mesma forma, no estudo

realizado por Ferolla¹³ com mulheres com diagnóstico de IUE, não houve relação entre a autoestima e as características clínicas da incontinência. Porém, no estudo citado, foi possível verificar correlação entre a IU e as características sociodemográficas, sendo que os baixos valores de autoestima estavam ligados a pouca escolaridade, renda familiar baixa e faixa etária inferior a 40 anos.

Hajjar²⁵ sugere que a IU confere aos indivíduos impacto psicológico e social, trazendo maior nível de constrangimento, ansiedade, isolamento social e depressão, podendo ser influenciado por fatores culturais, sociais e psicológicos. Afirmam que as alterações psicossociais variam de um indivíduo para outro, conforme a faixa etária e as particularidades da IU. Menor grau de comprometimento foi observado em mulheres idosas e que apresentavam pequena quantidade de perda de urina.

Higa, Lopes & Turato²⁶ afirmam que as mulheres com mais de 60 anos associam a IU à idade avançada e ao número de partos, sendo uma condição inerente a sua história de vida. Essas mulheres consideraram tal condição uma ameaça para sua autoestima, o que as incentivava desenvolver sistemas adaptativos, e caso estes fossem bem-sucedidos, poderiam aceitar a IU e conduzir uma vida “normal”.

Lopes & Higa⁵ investigaram as restrições causadas pela IU na vida da mulher, que envolveram a vida sexual, sobretudo por perder urina e sentir dor durante a relação; a vida social, por impedi-la de sair de casa; e as atividades diárias e profissionais, por interromperem os mesmos constantemente para usar o banheiro.

Miner²⁷ afirma que a autoestima diminuída está relacionada à falta de controle sobre seu corpo, preocupação com a higiene, problemas psicológicos e afastamento da família e dos amigos. Além disso, podem ocorrer isolamento social, depressão, tristeza, ansiedade e impacto na qualidade de vida.

Alguns autores avaliaram a qualidade de vida em mulheres com IU. Martínez et al.²⁸ avaliaram mulheres com IUE e observaram pior qualidade de vida em

relação ao impacto da IU e limitação na atividade física. Oliveira et al.⁷ correlacionaram a qualidade de vida aos sintomas urinários, percebendo que a relação entre os sintomas e suas influências não apresentou evidências de agravos intensos na vida das mulheres, com exceção do sono e disposição com enurese e piora emocional com urgência.

Dados semelhantes foram observados por Auge et al.,¹¹ que avaliaram a qualidade de vida em mulheres submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. O grupo de mulheres que não realizou tratamento para IU apresentou diminuição da disposição física e qualidade do sono, prejuízos na realização de atividades físicas, em casa e no trabalho. Os resultados apontaram ainda impacto negativo nas relações familiares, amizades, parceiro e nas relações sexuais.

CONCLUSÃO

Observou-se, neste estudo, que 44,4% das idosas relataram perder urina, a maioria

perdendo pouca quantidade, em média uma vez por semana, tendo os sintomas se iniciado há mais de um ano.

Apesar de apresentarem baixa autoestima, esta não estava correlacionada aos sinais e sintomas da IU. A baixa autoestima é uma condição não rara em idosos, sendo que vários fatores podem contribuir, além da IU. O impacto da incontinência na vida das mulheres sofre alterações conforme a idade, renda familiar, grau de escolaridade, tipo de incontinência, frequência e quantidade das perdas, além dos fatores culturais e sua percepção de saúde.

O número reduzido e as características da amostra avaliada podem ter influenciado os resultados deste estudo, constituindo, assim, limitação para o mesmo, sendo que os resultados encontrados também não devem ser generalizados. Faz-se necessário realizar novas pesquisas com a população de mulheres idosas, para que se conheçam seus sentimentos em relação à IU, condição frequente nesta faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Abrams ,et al. Significado de ter incontinência urinaria e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17(3): 527-35.
2. Abrams et ,al. Restrições causadas pela incontinência urinaria à vida da mulher. *Rev. esc. enferm. USP.* 2006; 40 (1): 34-41.
3. Robles JE. La Incontinencia urinaria:anales del sistema sanitario de navarra. 2006; 29 (2): 219-31.
4. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev. esc. enferm. USP.* 2008; 42 (1): 187-92.
5. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinaria à vida da mulher. *Rev. esc. enferm* 2006; 40 (1): 34-41.
6. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm* 2009; 62 (1): 51-6.
7. Oliveira JMS, et al. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter Pesq* 2007; 14 (3); 12-7.
8. Reis RB, et al. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cir. Bras.* 2003; 18 (5): 47-51.
9. Rett MT, et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2007; 29 (3): 134-40.
10. Borba AMC, Lelis MAS, Bretãs ACP. Significado de ter incontinência urinaria e ser incontinente na visão das mulheres. *Text context enferm.* 2008; 17 (3): 527-35.
11. Auge AP, et al. Comparações entre os índices de qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária submetidas ou não ao tratamento cirúrgico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006; 28 (6): 352-57.
12. Abreu NS, et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. *Rev. Bras. Fisioter.* 2007; 11(6): 429-36.
13. Ferolla EC. A auto-estima de mulheres portadoras de incontinência urinária de esforço. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo ; 2001.105p

14. Nagato AC, et al. Avaliação cognitiva de idosas institucionalizadas através do Mini Exame do Estado Mental com ou sem tratamento fisioterapêutico. *Fisioter Brasil*. 2007; 8 (4): 233-38.
15. Oliani MM, et al. Locomoção e desempenho cognitivo em idosos institucionalizados com demência. *Fisioter. Mov*. 2007; 20 (1); 109-14.
16. Steglich LA. Terceira Idade, aposentadoria, auto-Imagem e auto-estima. Dissertação.[Mestrado em Educação]—Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1978.
17. Mazo GZ, Cardoso FL, Aguiar DL. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2006; 8 (2): 67-72.
18. Ko Yu, et al. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Mang Care* 2005; 11 (4): 103-11.
19. Grodstein et al. Correlação entre sintomas urinários e qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. *Fisioter Pesq*. 2007; 14 (3): 12-7.
20. Pastor MV, et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria*. 2003; 32 (6); 337-42.
21. Guarisi T, et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35 (5): 228-35.
22. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev. esc. enferm* 2009; 43 (1): 72-8.
23. Tamanini JTN, et al. Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37 (2): 203-11.
24. Guarisi T, et al. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2001; 23 (7): 439-43.
25. Hajjar RR. Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. *Clin. Geriatr. Med*. 2004; 20: 553-64.
26. Higa R, Lopes MHBM, Turato ER. Significados psicoculturais da incontinência urinária feminina: uma revisão. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16 (4): 779-86.
27. Miner Jr PB. Economic and personal impact of fecal and Urinary Incontinence. *Gastroenterol* 2004; 126 (1): 8-13.
28. Martínez CB, et al. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2008; 32 (2): 202-10.

Recebido: 04/11/2010

Revisado: 21/3/2011

Aprovado: 09/8/2011

Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da UNIJUÍ

Drug use profile of elderly patients attending the Elderly Care Program in UNIJUÍ

Cristiane Schmalz Bueno¹
Vanessa Adelina Casali Bandeira¹
Karla Renata de Oliveira¹
Christiane de Fátima Colet¹

Resumo

O processo de envelhecimento é caracterizado por várias modificações no organismo, que podem causar alterações no efeito de certos medicamentos, tornando-os inapropriados para idosos por falta de eficácia terapêutica ou por apresentarem efeitos adversos superiores aos benefícios. O objetivo do estudo foi identificar os medicamentos utilizados pelos idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) e investigar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados nessa população. Realizou-se estudo quantitativo e descritivo, com coleta de dados secundários, a partir de prontuários/cadastros dos idosos atendidos pelo P.A.I. (Projeto de Extensão Universitária da UNIJUÍ). Entre os idosos cadastrados, 16 receberam e/ou estão recebendo acompanhamento farmacoterapêutico pela equipe da farmácia, sendo 11 mulheres, com idade média de $75,2 \pm 7,5$ anos. Cada idoso recebe em média $7,3 \pm 3,3$ medicamentos. A polifarmácia foi verificada em 15 idosos. Entre os 117 medicamentos em uso, considerando-se repetições, 13 são inapropriados para idosos, destacando-se diazepam e fluoxetina, cada um utilizado por três idosos. Verifica-se que é imprescindível reduzir o uso de medicamentos inapropriados para melhorar a qualidade de vida dos idosos. É necessária a colaboração do prescritor e do profissional farmacêutico, que é responsável por avaliar a prescrição, identificar riscos relacionados à terapêutica e intervir através da comunicação com o prescritor responsável, fornecendo informações e sugestões que facilitem a utilização de serviços de saúde.

Palavras-chaves: Saúde do idoso. Uso de medicamentos. Polimedicação.

¹ Curso de Farmácia, Departamento de Ciências da Saúde. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondência/ Correspondence

Vanessa Adelina Casali Bandeira
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Rua do Comércio,
3000 - Bairro Universitário
98700-000 - Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: vanessa.acbandeira@yahoo.com.br.

Abstract

The aging process is characterized by several bodily transformations, which can change the effect of many drugs and be inappropriate to the elderly, due to the lack of efficacy or adverse effects outweigh the benefits. This paper aimed to identify the drugs used by elderly attending the Elderly Care Program (ECP), and investigate the use of potentially inappropriate drugs in this population. It was a quantitative and descriptive study with secondary data collection from medical records/registers of the elderly by ECP (University Extension Project of UNIJUÍ). Among the elderly enrolled, 16 received and / or are receiving drug therapy with pharmaceutical follow-up. The sample comprised 11 women, mean age 75.2 ± 7.5 years. Each elderly receives 3.3 ± 7.3 drugs on average. Polypharmacy was found in 15 elderly. Among the 117 drugs in use, considering replications, 13 are considered inappropriate for elderly, especially diazepam and fluoxetine, each used by three elderly. It is necessary to reduce the use of inappropriate drugs to improve the quality of life of elderly. This requires the collaboration of the prescriber and pharmacist, who is responsible for evaluating the prescription, identifying risks related to therapeutic intervention and communicate with the prescriber, providing information and suggestions that facilitate the use of health services.

Key words: Health problems. Drug use. Polypharmacy.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é um desejo eminente de todas as sociedades, e uma realidade, inclusive nos países mais pobres.¹ Entretanto, a longevidade aponta a carência de serviços adequados ao cuidado de idosos, necessitando de medidas urgentes, considerando as especificidades desta população.²

O processo de envelhecimento é um conjunto de alterações orgânicas que acarretam modificação da composição corporal, aumento do tecido adiposo e redução das atividades fisiológicas,³ alterando a farmacocinética dos medicamentos, em nível de absorção, biodisponibilidade e redução do metabolismo hepático, devido à redução das enzimas metabolizadoras, do fluxo sanguíneo e no tamanho do fígado.⁴ Também ocorrem modificações na função renal, com redução progressiva da taxa de filtração glomerular e no fluxo sanguíneo, associados a mudanças estruturais que incluem a perda de massa renal,⁵ com redução na eliminação renal dos fármacos, proporcional à redução do *clearance* de creatinina.⁴

Secoli & Duarte⁶ salientam que a diminuição dos níveis de albumina sérica, característica

desta faixa etária, aumenta a fração livre dos agentes farmacológicos no plasma, elevando os índices de toxicidade ao fármaco. Além disso, segundo Michocki,³ na população idosa podem ocorrer alterações relacionadas ao receptor, de um tecido ou órgão alvo. Diante do exposto, alguns medicamentos são considerados inadequados para a população idosa, conforme classificação de Beers⁷ atualizada por Fick et al.⁸

Os autores consideram medicamentos inadequados aqueles impróprios para uso em idosos, em comparação a outras categorias, por falta de eficácia terapêutica ou pelo fato de seus efeitos adversos serem superiores aos benefícios.⁹ O uso desses medicamentos em idosos aumenta o número de reações adversas e se relaciona à piora do estado físico e mental do usuário e maior utilização de serviços de saúde.⁹ Estudo realizado em hospitais americanos, em 1992, concluiu ainda que o idoso é acometido por muitas reações adversas que poderiam ser evitadas.¹⁰

É importante considerar que a maioria dos idosos, por conta das inúmeras causas de fragilidade e maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crônicas ou agudas,

utilizam muitos medicamentos e assim estão mais expostos ao risco de reações adversas, o que aumenta quando se utilizam medicamentos inadequados.⁹

Coelho Filho et al.¹¹ entrevistaram idosos no Ceará e observaram a utilização de pelo menos um medicamento inadequado em 13,1% dos idosos da área central, 17,1% da área intermediária e 18,9% da área periférica.

A porcentagem de uso inapropriado no estudo acima é agravada pelos dados apontados por Secoli & Duarte,⁶ que mostram que a população dos Estados Unidos é composta por 12% de idosos, que utilizam 30% dos medicamentos prescritos no país, consumindo 40% daqueles de venda livre. Já na Inglaterra, são 18% da população e consomem 30% dos medicamentos, sendo 70% consumidores daqueles de venda livre.

Tem-se observado alta prevalência de utilização de medicamentos em idosos no Brasil. Em estudo realizado em Santa Rosa-RS, por Flores & Benvegnú,¹² identificou-se prevalência de 82% na semana anterior à entrevista; em Porto Alegre-RS, a prevalência foi de 91% entre os idosos entrevistados¹³ e, ainda, a polifarmácia é comum entre os idosos, favorecendo a ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas. Segundo Secoli & Duarte,⁶ os medicamentos podem causar reações indesejadas em qualquer faixa etária, mas sua incidência aumenta com a idade.

Destaca-se que os idosos não são avaliados na maioria dos ensaios clínicos, o que dificulta a extrapolação dos dados para uso crônico de medicamentos. Diante disso, o uso de medicamentos nessa faixa etária é empírico devido à falta de evidências suficientes sobre os benefícios e riscos de sua utilização.⁹

Assim, o objetivo do estudo foi identificar os medicamentos utilizados, investigando o uso de medicamentos potencialmente inapropriados aos idosos assistidos pelo P.A.I. da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí-RS.

METODOLOGIA

Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.)

Trata-se de projeto de Extensão Universitária que envolve acadêmicos e professores dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição, do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUÍ.

O P.A.I. busca assistir idosos (idade igual ou maior que 60 anos) de baixa renda residentes na área urbana do município de Ijuí-RS, que apresentem risco médio a alto de internação e/ou reinternação hospitalar, segundo classificação de risco validada por Boulton et al.¹⁴ O programa iniciou suas atividades em 2008, em 2010 sofreu modificações na forma de atendimento, deixando a busca hospitalar e realizando visitas domiciliares aos idosos cadastrados, visando a acompanhar e contribuir para melhorar as condições de saúde desses idosos.

A participação das acadêmicas e professora do Curso de Farmácia no Programa se dá através do acompanhamento da terapia medicamentosa do idoso, utilizando o Método Dáder¹⁵ de seguimento farmacoterapêutico, procurando assim identificar o risco de interações medicamentosas potenciais e a não-adesão ao tratamento. A partir dos dados obtidos, são elaboradas estratégias para o cumprimento da farmacoterapia e orientações escritas individualizadas relacionadas ao uso adequado dos medicamentos, dirigidas ao idoso ou seu cuidador.

Estudo e Amostra

Realizou-se estudo transversal, quantitativo e descritivo, com coleta de dados secundários, a partir de prontuários/cadastros dos idosos atendidos pelo P.A.I. Foram incluídos no estudo os prontuários de todos os idosos cadastrados no Programa, com risco médio a alto de internação e/ou reinternação e que receberam atendimento farmacoterapêutico de acordo com o Método Dáder,¹⁵ pela equipe da área da Farmácia no período de janeiro de 2009 a junho de 2010. Foram excluídos aqueles que apresentaram risco baixo, os que faleceram, que não consentiram que seus

dados pudessem ser usados em estudos quando foram cadastrados ou que não foram mais acompanhados pelo Programa.

Instrumentos e Variáveis

Analisaram-se os medicamentos em uso na última avaliação de acompanhamento farmacoterapêutico, os quais foram classificados no primeiro e segundo níveis, conforme o sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) do *Nordic Council on Medicines*, index 2010.¹⁶

A identificação dos medicamentos inadequados considerou os critérios de Fick et al.,⁸ que classificam os medicamentos utilizados em apropriados ou inapropriados de acordo com indicação, eficácia, dose, praticidade, interação fármaco-fármaco, interação fármaco-doença, duplicidade de medicamentos, duração e custo. Considerou-se a polifarmácia como o uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente.⁶

Para fins desta pesquisa, foram considerados todos os medicamentos relatados pelos entrevistados no momento do seguimento farmacoterapêutico, incluídos os medicamentos adquiridos com prescrição e aqueles administrados por automedicação. Os dados foram representados por média, desvio padrão e frequência.

Aspectos Éticos

Todos os idosos assistidos ou seus cuidadores, em caso de impossibilidade, expressaram consentimento para acompanhamento e assistência pelo P.A.I.

Foram seguidas as recomendações da Resolução CNS n° 196/1996 e obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, sob Parecer Consubstanciado n° 173/2010, sendo que todos os participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos idosos cadastrados no P.A.I., 16 receberam e/ou estão recebendo acompanhamento farmacoterapêutico pela equipe da farmácia, sendo 11 mulheres e cinco homens, com idade média de 75,2 (DP \pm 7,5 anos) (mínimo de 60 e máximo de 87).

O número médio de medicamentos utilizados foi de $7,3 \pm 3,3$ por idoso, com o uso máximo de 14 medicamentos por um dos pacientes. A classificação dos medicamentos, de acordo com o sistema ATC nível 1 (grupo terapêutico), encontra-se na tabela 1.

Tabela 1 - Classificação dos medicamentos utilizados pelos idosos segundo 1º nível da classificação ATC. Ijuí, RS, 2010.

Grupo de medicamentos	Nº medicamentos	Porcentagem (%)
N - Sistema nervoso	34	29,1
C - Aparelho cardiovascular	32	27,3
A - Trato alimentar e metabolismo	25	21,4
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	10	08,6
M - Sistema músculo esquelético	06	05,1
H - Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	05	04,3
D - Dermatológicos	03	02,6
J - Antiinfeciosos gerais para uso sistêmico	01	00,8
G - Aparelho genito-urinário e hormônios sexuais	01	00,8
Total	117	100,0

Os medicamentos utilizados em maior número pelos idosos encontram-se no grupo dos que atuam no sistema nervoso e aparelho

cardiovascular respectivamente, os quais foram também classificados no nível 2 da ATC, conforme a tabela 2.

Tabela 2 - Classificação dos medicamentos utilizados pelos idosos segundo 2º nível de classificação ATC. Ijuí, RS, 2010.

1º nível ATC	2º nível ATC	Nº med.	%
N*	N03 - Antiepiléticos	11	32,4
	N05 - Psicodélicos	11	32,4
	N02 - Analgésicos	06	17,6
	N06 - Psicoanalélicos	03	08,8
	N07- Outros medicamentos para o sistema nervoso	03	08,8
Total		34	100
C**	C03 - Diuréticos	11	34,4
	C09 - Agentes com ação no sistema renina-angiotensina	08	25,0
	C07 - Agentes beta-bloqueadores	04	12,5
	C01 - Terapia cardíaca	03	09,4
	C02 - Anti-hipertensivos	03	09,4
	C10 - Agentes modificadores de lipídeos	02	06,2
	C08 - Bloqueadores dos canais de cálcio	01	03,1
Total		32	100,0

* Sistema nervoso; ** Aparelho cardiovascular

Verificou-se que 15 idosos utilizavam mais de cinco medicamentos, tendo apenas um idoso não polimedicado. Entre os 117 medicamentos em uso, com repetições, foram encontrados 13 inapropriados para idosos, perfazendo em média 0,813 medicamentos inapropriados por idoso. Entre os idosos que não utilizavam medicamentos inapropriados, um utilizava nove medicamentos, outro utiliza oito, dois utilizavam seis e um utilizava um medicamento. Estes idosos apresentaram idades entre 69 e 86 anos.

Diazepam e fluoxetina foram os medicamentos inapropriados mais utilizados, por três idosos cada. Ainda, foi encontrado o uso de doxazosina por dois idosos. Carisoprodol, escopolamina, óleo mineral, bromazepam e clorfeniramina foram utilizados por um idoso cada.

DISCUSSÃO

A polifarmácia foi identificada em 15 idosos do presente estudo. Além disso, os idosos, devido a suas particularidades, são mais suscetíveis à ação dos fármacos, o que aumenta os problemas relacionados a sua administração e a probabilidade de interação entre os fármacos.³ A prática da polifarmácia é multifatorial, sendo influenciada sobretudo pelas doenças crônicas e manifestações clínicas resultantes do envelhecimento.¹⁷ É provável que esses fatores determinem o uso de muitos medicamentos pela maioria dos idosos do P.A.I.

Araújo, Magalhães & Chaimowicz,¹⁸ em estudo realizado com idosos de um Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte-MG, com prevalência de polifarmácia de 27,7%, mostraram a associação desta com a presença de cinco ou mais problemas de saúde e ao uso de medicamentos inapropriados, sendo que tal prática se reflete no aumento do gasto mensal com medicamentos. Além disso, o perfil dos usuários de polifarmácia, conforme Lassila et al.,¹⁹ é predominantemente composto por idosos do sexo feminino, com idade avançada, residindo na zona rural e com baixo nível de escolaridade.

A polifarmácia é frequente nesta faixa etária: Coelho Filho, Marcopito & Castelo,¹¹ em estudo

realizado em Fortaleza-CE, com entrevista domiciliar, encontraram que 13,6% dos idosos usavam cinco ou mais medicamentos. Dessa forma, a polifarmácia em idosos parece ser uma tendência nacional, confirmada na população de nosso estudo.

Verificou-se que a média de medicamentos utilizados no presente estudo é semelhante ao encontrado por Costa.²⁰ No entanto, no que se refere à polifarmácia, a prevalência é maior em relação aos demais estudos, sendo importante considerar que muitos dos idosos atendidos pelo programa apresentavam alto risco de reinternação hospitalar e se encontravam acamados, necessitando do uso de vários medicamentos.

Dentre os fármacos utilizados pelos idosos, os que atuam no sistema nervoso e no aparelho cardiovascular foram os grupos de medicamentos mais utilizados, semelhante ao que foi evidenciado por Correr et al.²¹ em estudo realizado em Apucarana-PR, com idosos de uma instituição geriátrica e idade média de 67,1 anos: dentre os medicamentos utilizados, 47,8% atuam no sistema nervoso, seguidos por 36,4% no aparelho cardiovascular. No entanto, difere do estudo de Coelho Filho, Marcopito & Castelo,¹¹ no qual prevaleceu o uso de medicamentos para o sistema cardiovascular (29,3%), seguido daqueles para o sistema nervoso (13,5%). O mesmo foi evidenciado por Aguiar et al.²² em instituições asilares no Nordeste do Brasil, com média de idade de 83,2 anos, onde 47,3% dos medicamentos utilizados atuam no sistema cardiovascular e 20,1%, no sistema nervoso. Os fármacos que atuam nos sistemas cardiovascular e nervoso provavelmente foram os mais utilizados, pelo fato de as doenças crônico-degenerativas atingirem de modo mais acentuado essa faixa etária.

O consumo elevado de medicamentos contribui para o uso de fármacos considerados inapropriados para idosos.³ Dos medicamentos utilizados no presente estudo, 13 (11,1%) são considerados inapropriados para idosos diferindo dos estudos de Costa,²⁰ Araújo, Magalhães & Chaimowicz,¹⁸ Aguiar et al.,²² nos quais a utilização de medicamentos considerados

inapropriados foi de 38,9%, 33,5%, e 28,7%, respectivamente. Também nos Estados Unidos foi identificado maior percentual de utilização de medicamentos inapropriados (21,3%) no estudo de Zhan et al.²³ Em pesquisa retrospectiva, nos anos de 1992 e 2000, realizada em um serviço de emergência de um hospital americano, foram observados os medicamentos administrados em idosos de acordo com os critérios de Beers para medicamentos inapropriados, e estes foram utilizados por 12,6% dos idosos.²⁴

Rothberg et al.,²⁵ em uma coorte retrospectiva do período de setembro de 2002 a junho de 2005 em 348 hospitais americanos, verificaram que 49% dos pacientes acima de 65 anos receberam pelo menos um medicamento inapropriado, sendo que os médicos cardiologistas representam a maior taxa de prescrição (48%), enquanto os geriatras têm a menor taxa (24%). Neste sentido, verifica-se a necessidade de conhecer as peculiaridades do tratamento ao idoso. Com isso, a menor utilização de medicamentos inapropriados nos idosos assistidos pelo P.A.I. em relação aos demais estudos poder estar relacionada ao tamanho da amostra, o que limita a extrapolação dos nossos resultados e também pode estar relacionado ao atendimento individualizado do P.A.I. aos idosos assistidos pelo programa. O estudo de Pugh et al.,²⁶ realizado com idosos nos Estados Unidos, mostrou que após uma intervenção da equipe de pesquisa, com ajustes de diagnóstico, dose e duração do tratamento, a prescrição de medicamentos inapropriados diminuiu de 33% para 23%, demonstrando que ações conjuntas podem melhorar a qualidade da terapêutica nesses indivíduos.

No presente estudo, os medicamentos inapropriados se encontram classificados junto aos demais medicamentos, conforme a ATC. Entre os que atuam no sistema nervoso, citam-se o diazepam e bromazepam, que são psicodélicos (N05) e fluoxetina, um psicoanaléptico (N06). Entre os que atuam no trato alimentar e metabolismo, estão a escopolamina, um medicamento para distúrbios gastrointestinais funcionais (A02) e o óleo mineral, um laxativo (A06). Também foram utilizados os que atuam

no sistema músculo-esquelético, como o carisoprodol, um relaxante muscular (M03), para o sistema cardiovascular, como a doxazosina, um anti-hipertensivo (C02) e sistema respiratório, a clorfeniramina, um anti-histamínico para uso sistêmico (R06). Esses medicamentos deveriam ser evitados, uma vez que existem outras alternativas farmacológicas mais indicadas para uso em idosos.

Caterino et al.²⁴ verificaram que seis medicamentos corresponderam a 70,8% dos medicamentos inapropriados utilizados em idosos, sendo, em ordem decrescente: prometazina, meperidina, propoxifeno, hidroxizina, difenidramina e diazepam – diferentes dos mais utilizados em nosso estudo, exceto diazepam.

Dentre os medicamentos inapropriados para idosos, destaca-se, em nosso estudo, o uso de diazepam, classificado conforme ATC em seus níveis decrescente como um derivado benzodiazepínico, ansiolítico, psicodéptico que atua no sistema nervoso. Segundo os critérios de Fick et al.,⁸ é um benzodiazepínico de longa duração considerado inapropriado por ter longa meia-vida em idosos, produzindo sedação prolongada e aumento do risco de quedas e fraturas – mesmos efeitos aplicados ao uso de bromazepam. O risco de quedas e fraturas foi verificado por Coutinho & Silva²⁷ sobretudo nos usuários de benzodiazepínicos, quando comparados às demais classes terapêuticas. Os autores recomendam para idosos o uso de benzodiazepínicos de ação curta e intermediária.⁸ Entretanto, estudo de caso-controle realizado dentro do estudo de coorte do estudo de Hoofst et al.²⁸ verificou que não foi significativa a diferença de fratura entre os usuários de benzodiazepínicos inapropriados e os considerados apropriados, mas que o maior risco de fratura está relacionado a doses elevadas e tempo de uso prolongado, independentemente do benzodiazepínico utilizado.

No entanto, os benzodiazepínicos de longa duração são utilizados com frequência. No estudo de Costa,²⁰ 38,9% dos idosos internados utilizavam pelo menos um medicamento

inapropriado, dos quais o diazepam foi o mais encontrado (14,0% dos 157 medicamentos inapropriados utilizados, considerando repetições). O alto risco relacionado ao uso desse medicamento preocupa e alerta para necessidade de intervenção, visto que foi o mais utilizado pelos idosos do P.A.I., em conjunto com a fluoxetina e considerando que ambos apresentam risco alto, conforme determinam Fick et al.⁸

Cruz et al.²⁹ verificaram que o uso prolongado de diazepam em idosos desencadeou efeitos adversos como angústia, dores articulares, depressão e tontura, o que pode elevar os riscos de dependência e tolerância a esses fármacos. Diante disso, alertam que o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pode desencadear efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas, expondo assim os usuários a riscos também desnecessários.

A fluoxetina, que segundo a classificação ATC, é um inibidor seletivo da recaptção da serotonina, com ação antidepressiva e psicoaléptica e atuando no sistema nervoso, tem sua efetividade questionável nas doses toleradas por idosos. Por isso, esse medicamento deve ser evitado (especialmente para uso prolongado), pois apresenta longa meia-vida, podendo ocasionar estimulação exagerada do sistema nervoso central, distúrbios do sono e agitação. Apesar de existirem alternativas mais seguras com a mesma atividade terapêutica,⁸ verificou-se que três idosos atendidos pelo P.A.I. utilizavam o medicamento, expondo-se aos riscos inerentes ao uso dessa substância.

A doxazosina tem potencial para causar efeitos como hipotensão, boca seca e problemas urinários, enquanto o carisoprodo e a clorfeniramina são inadequados devido aos potentes efeitos adversos anticolinérgicos, como sedação e fraqueza. O óleo mineral também é inapropriado devido ao grande potencial para aspiração e efeitos adversos, para o qual existem alternativas mais seguras.⁸ Por causa dessas inadequações aos idosos, tais medicamentos devem ser evitados ao máximo nesta faixa etária, o que precisa ser alertado aos prescritores e dispensadores. No entanto, quando o uso é necessário, deve ser realizado com cautela, acompanhamento e monitoração apropriados.⁸

A utilização de polifarmácia e o uso de medicamentos inapropriados tornam os idosos mais suscetíveis a morbidade, mortalidade e utilização de recursos do serviço de saúde.³⁰ Além disso, a farmacoterapia dos idosos exige cuidados individualizados, considerando múltiplas doenças, associadas a alterações fisiológicas que podem interferir na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos utilizados.³¹

Também foi evidenciado em nosso estudo que os idosos que não utilizavam medicamentos inapropriados estavam expostos a interações medicamentosas em potencial, pois dentre os cinco, quatro eram polimedicados, favorecendo tal ocorrência. Assim, se por um lado esses idosos não estão expostos ao uso de medicamentos inadequados, por outro, precisam de cuidado farmacoterapêutico, visto que interações também podem refletir de forma negativa sobre sua saúde.

Segundo Bueno et al.,³² os idosos acompanhados pelo P.A.I. no período de março de 2008 a julho de 2009 utilizaram uma média de $5,2 \pm 3,7$ medicamentos, verificando-se que estavam expostos a, em média, quatro interações medicamentosas. O estudo ressaltou a importância de o profissional prescritor conhecer a influência que um fármaco pode exercer sobre o outro e o papel do farmacêutico como o profissional capaz de identificar possíveis interações e, em conjunto com os demais profissionais de saúde, especialmente com o prescritor, poder intervir quando necessário.³² Percebe-se, assim, que os idosos assistidos pelo P.A.I. estão expostos a um considerável número de interações, possivelmente pelo fato de serem polimedicados.

Nesse sentido, é imprescindível a atuação de profissionais da saúde qualificados, sobretudo quando as atividades são direcionadas ao processo saúde/doença, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, atuando na integralidade das ações visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde.³³ Cabe aos profissionais que assistem idosos identificar e compreender suas limitações, educar e orientar os cuidadores e adotar esquemas terapêuticos

simples, ou o mais simples possível, minimizando efeitos adversos.⁶

A atuação de uma equipe multiprofissional facilita o cuidado do paciente idoso, desenvolvendo diversas ações voltadas ao acompanhamento de suas necessidades individuais, através de uma visão multiprofissional que auxilia na tomada de decisão para a elaboração do plano terapêutico. Além disso, conforme a revisão de Quinhalha & Correr³⁴ sobre as listas de medicamentos inadequados existentes, os profissionais devem considerar como limitação a intensa exclusão e inclusão de medicamentos no mercado, o que as torna rapidamente desatualizadas.

O aconselhamento e o acompanhamento do uso dos medicamentos são de extrema importância para a população idosa, devido a suas múltiplas doenças, com terapias diferenciadas e uso concomitante de muitos medicamentos.³³ O profissional farmacêutico pode auxiliar nos principais problemas encontrados com o uso de medicamentos nessa população, como identificar medicamentos inapropriados, a presença de interações, reações adversas, automedicação, administração incorreta e, com isso, fornecer as informações necessárias sobre a doença e os medicamentos prescritos, garantindo a segurança da terapia prescrita.³⁴ Desse modo, através da atenção farmacêutica, na qual o profissional assume papel ativo em benefício do paciente, se estabelece uma relação farmacêutico-paciente-medicamento com atividades voltadas para o autocuidado, promovendo melhora na qualidade de vida dos idosos.³⁵

CONCLUSÃO

O uso de medicamentos inapropriados para idosos se faz ainda presente na população estudada

e é realidade na população brasileira. Para reduzir a utilização de tais medicamentos e sua repercussão negativa na saúde do idoso, é necessário que prescritores e dispensadores conheçam os medicamentos que devem ser evitados e façam o acompanhamento necessário quando seu uso for imprescindível.

A amostra do estudo foi pequena, o que limitou inferências gerais à população. Assim, encontrou-se a utilização de menos medicamentos inapropriados, quando comparada a outros estudos, o que pode estar relacionado a intervenção farmacêutica junto aos idosos assistidos pelo P.A.I., sugerindo a importância dessa atuação, assim como sua ampliação, para aprimorar o acompanhamento.

O farmacêutico é o profissional responsável pela avaliação da prescrição, podendo, nesse momento, identificar riscos relacionados a terapêutica e intervir, através da comunicação com o prescritor responsável, trocando informações e sugestões que possam reduzir a ocorrência de reações adversas a medicamentos e a necessidade de utilização de serviços de saúde.

A atuação farmacêutica, na qual o profissional assume papel ativo em benefício do paciente, auxiliando o prescritor na seleção do medicamento, colabora diretamente para alcançar o tratamento desejado. O uso de muitos medicamentos, mesmo que apropriados, exige o acompanhamento farmacoterapêutico.

Os idosos que utilizam medicamentos inapropriados têm maiores possibilidades de apresentar as reações relacionadas ao uso desses medicamentos. Sendo assim, é importante que o prescritor e o farmacêutico conheçam os medicamentos inapropriados, para evitar os problemas decorrentes de sua utilização indevida em idosos.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43 (3): 548-54.
2. Veras RLR, et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumara; 2002. p. 11-79.
3. Michocki RJ. Polifarmácia e princípios da terapia com drogas. In: Adelman AM, Daly MP. *Geriatria*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda; 2004. p. 65-76.
4. Cusack BJ. Pharmacokinetics in older persons. *Am J Geriatr Pharmacother* 2004; 2 (4): 274-302.
5. Weinstein JR, Anderson S. The Aging Kidney: physiological changes. *adv chronic kidney dis* 2010; 17 (4): 302-307.
6. Secoli SR, Duarte YAO. Medicamentos e a assistência domiciliar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 326-35.
7. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med* 1997; 157(2): 1531-36.
8. Fick DM, et al. Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med* 2003; 163(2): 2716-52.
9. Flores LM, Colet CF. Riscos da polifarmácia em clientes idosos. In: Malagutti W, Bergo AMA. *Abordagem interdisciplinar do idoso*. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 291-302.
10. Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ* 2000 ; 320 (7237): 741-4.
11. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev de Saúd Públic* 2004; 38 (4): 557-64.
12. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(6): 1439-46.
13. Flores LZ, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(6): 924-9.
14. Boulton L, Boulton C, Pirie P, Pacala JT. Test-retest reliability of a questionnaire that identifies elders at risk for hospital admission. *J Am Geriatr Soc* 1994 ; 42 (7): 707-11.
15. Machuca M, Fenández-LLimós F, Faus MJ. Método Dáder :guía de seguimiento farmacoterápico. 2003. Disponível em: URL http://www.crf-ba.org.br/biblioteca/manual_dader_at_farmaceutica.pdf.
16. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Anatomical Therapeutic Chemical ATC/DDD Index 2009*. Oslo: World Health Organization; 2009. Disponível em: URL <http://www.whocc.no/atcddd/>.
17. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63 (1): 136-40.
18. Araújo CMC, Magalhães SMS, Chaimowicz F. Uso de Medicamentos Inadequados e Polifarmácia entre Idosos do Programa Saúde da Família. *Lat. Am. J. Pharm.* 2010; 29 (2): 178-84.
19. Lassila HC, et al. Use of prescription medications in an elderly rural population: the movies Project. *Ann Pharmacother* 1996; 30(6): 589-95.
20. Costa SC. Avaliação da prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica do sistema único de saúde em um hospital público universitário brasileiro .Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]—Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. Disponível em: URL <http://hdl.handle.net/1843/ECJS-7YHUA>.
21. Correr CJ, et al. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2007; 43 (1): 55-62.
22. Aguiar PM, et al. Avaliação de farmacoterapia de idosos residentes em instituição asilares no nordeste do Brasil. *Lat. Am. J. Pharm.* 2008; 27 (3): 454-59.
23. Zhan C, et al. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly. *JAMA* 2001; 286 (22): 2823-9.
24. Caterino JM, Emond JÁ, Camargo CA. Inappropriate Medication Administration to the Acutely Ill Elderly: a nationwide emergency department study. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52(11): 1847-55.
25. Ruthberg MB, et al. Potentially inappropriate medication use in hospitalized elders. *J Hospital Medicine* 2008; 3(2): 91-102.
26. Pugh MJV, et al. Potentially inappropriate prescribing in elderly Veterans: are we using the wrong drug, wrong dose, or wrong duration? *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(8):1282-89.

27. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (5): 1359-66.
28. Hooft CS, et al. Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *British J Clinical Pharmacol* 2008; 66 (2): 276-282.
29. Cruz AV, et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.* 2006; 27 (3): 259-67.
30. Hamilton EH, Gallagher PF, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatrics* 2009; 9 (5): 1-4.
31. Pereira SRM. Farmacoterapia Geriátrica. In: Silva, P. *Farmacologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1220-25
32. Bueno CS, et al. A. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2009; 30 (3): 331-8.
33. Marin MJS, Marques APMF, Feres BOM, Saraíba AKH, Druzian S. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2008; 11 (2): 245-58.
34. Quinalha JV, Correr CJ. Instrumento para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010; 13 (3): 487-99.
35. Andrade MA, Silava MVS, Freitas O. Assistência Farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. *Cad. Saúde Pública* 2004; 25 (1): 55-63.

Recebido: 09/2/2011

Revisado: 10/5/2011

Aprovado: 31/8/2011

Envelhecimento e Percepção Corporal de Idosos Institucionalizados

Aging and Body Perception of Institutionalized Senior Citizens

Jéssica Sobrinho Teixeira¹
 Jimilly Caputo Corrêa¹
 Carla Beatriz da Silva Rafael¹
 Valter Paulo Neves Miranda²
 Maria Elisa Caputo Ferreira^{1,2}

Resumo

O estudo tem por objetivo verificar, nos discursos de idosos institucionalizados, quais aspectos consideram ao remeter à percepção e visão que têm de seus corpos. Utilizou-se de entrevista semiestruturada com dados sociodemográficos e uma questão sobre a percepção e visão de corpo; e a análise de conteúdo seguiu o preconizado por Lawrence Bardin. Constatou-se que 44,4%, dos nove idosos entrevistados, remetiam sua percepção de corpo positivamente. Já os discursos negativos (33,3%) evidenciaram uma forte relação com a presença de doenças. Apenas um idoso diferenciou seu discurso, associando-o a uma percepção de corpo puramente biológico. Considerando que a percepção de corpo das pessoas está permeada de significâncias adquiridas durante as experiências vividas, destacou-se que 44,4% da amostra mostraram a percepção de corpo associada a fatores estéticos. Através da análise da literatura e das entrevistas, foi possível notar que as percepções de corpo diferem significativamente, em especial nos idosos. Constatou-se uma percepção positiva de corpo, mas a pequena amostra não permitiu maiores generalizações.

Palavras-chave: Idoso.
 Corpo. Saúde do idoso.
 ILPI.

Abstract

This study aimed to find, in the institutionalized senior citizens' discourse, which aspects were considered when they were asked about how they perceived their bodies. A semi-structured interview with social and demographic data was conducted, with a question on body perception and viewpoint. The type of analysis followed Laurence Bardin. It was found that 44.4% of the nine elderly interviewed had a positive body perception. The negative discourses (33.3%), in

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC). Faculdade de Educação Física e Desportos. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Este artigo é uma versão modificada de trabalho apresentado no I Congresso Nacional de Imagem Corporal, Campinas, SP, 2010.

turn, have a clear connection with the presence of diseases. Only one senior citizen had a different discourse, with a purely biological body perception. Considering that people's body perception is permeated by meanings acquired throughout life, it was found that the body perception of 44.4% of the sample was associated to aesthetical factors. Through the interviews as well as an analysis of the literature, it was possible to conclude that body perceptions differ greatly, especially among the elderly. Although a positive body perception was found, the size of this sample did not allow generalizations.

Key words: Aged. Body. Health of the Elderly. Homes for the Aged.

INTRODUÇÃO

Vários fatores têm favorecido o aumento na expectativa de vida das pessoas; que vão desde descobertas da medicina na promoção de novas técnicas de prevenção e promoção da saúde, diminuição na taxa de natalidade e aumento da longevidade, evidenciando o aumento no número de idosos na sociedade.¹ Os dados demográficos e epidemiológicos da população de idosos com 60 anos ou mais no Brasil em 2000 eram de 14.536.029 idosos, representando 8,6% da população. Algumas projeções indicam que em 2050 a população brasileira será de 259,8 milhões de habitantes (aproximadamente 18% da população total serão idosos) representando a sexta população idosa do mundo, em números absolutos.² Em razão da expansão da expectativa de vida e do conseqüente aumento de idosos, mudanças expressivas na vida das pessoas vêm sendo constatadas.³

A inserção de um número maior de integrantes familiares no mercado de trabalho traz o questionamento se a pessoa idosa deve ter preservada sua estadia no lar.⁴ Em determinadas situações ou períodos, a capacidade da família para o cuidado pode estar comprometida ou fragilizada e, nestas condições, o idoso pode ser um entrave à autonomia dos familiares, através das demandas do cotidiano ou da impossibilidade de encontrar um ou mais membros da família que se disponibilizem e responsabilizem pelo seu cuidado. Neste caso, a institucionalização é uma das soluções encontradas.

A “transição social”, que aumentou as taxas de institucionalização em outros países, também

tem ocorrido no Brasil⁵ e a opção de institucionalizar o idoso é uma realidade que vem apresentando demanda cada vez maior, devido a fatores demográficos, sociais e de saúde.⁶ A lei nº 10.741,⁷ que retrata a Política Nacional do Idoso, dispõe que no caso da instituição de longa permanência para idoso (ILPI), os objetivos são: assistir ao idoso “sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social” ou “idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerabilidade social”.

Tornar-se velho é um processo que envolve uma complexidade de fatores de ordem biológica, psicológica e social. Na nossa sociedade, a identidade dos idosos se constrói apenas pela contraposição à identidade de jovem, opondo-se às qualidades de atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade. Portanto, a velhice, não sendo sinônimo de doença, requer mudança de concepção na análise desse processo.⁸

É inegável que a velhice adquire crescente visibilidade e é cada vez mais discutida, influenciada pelo aumento significativo no número de idosos. Identifica-se, dessa forma, a necessidade de compreender melhor esse processo e capacitar para a necessidade de atender a esses indivíduos.¹ Entretanto, existem poucos estudos abordando especificamente a percepção de corpo dos idosos e menos estudos que deem espaço para esses indivíduos se expressarem.

Refletindo sobre o fenômeno corpo, com base em Merleau-Ponty,⁹ este seria um veículo do ser-no-mundo, e possuir um corpo é, para o sujeito,

assumir compromissos, estar envolvido no mundo, identificar-se com objetos e projetos e estar continuamente comprometido com eles. Portanto, se fixarmos a ideia de um corpo dentro dos padrões anátomo-fisiológicos, desligando o corpo da própria natureza do humano como ser-no-mundo, tem-se uma pesquisa centrada na explicação causal, mas sem chegar à compreensão do corpo, e menos ainda à ideia de multiplicidade do corpo. Segundo Blessmann¹⁰

“sendo a velhice considerada uma etapa, assim como a infância e a juventude, é nela que se concentra o momento mais dramático de mudança de imagem corporal, porque é difícil aceitar uma imagem envelhecida em uma sociedade que tem como referência a beleza da juventude” (p. 27). A imagem corporal dos idosos se ajusta gradualmente ao corpo durante o processo de envelhecimento, mas pode sofrer modificações devido aos comprometimentos patológicos ou por distúrbios da motivação que podem ocasionar mudanças no movimento.¹¹ Essa imagem também pode sofrer distorções devido à visão negativa em relação à velhice, baseada na falsa ideia de que envelhecer gera sempre incompetência.¹²

De acordo com Schilder,¹³ a imagem corporal é a representação do corpo humano formada na mente, de maneira que esse corpo é o corpo que se apresenta para si mesmo e para o mundo. A percepção que temos do nosso corpo é influenciada pelos conceitos e valores da sociedade e se estrutura também através do contato social. Formamos essa imagem a partir de nossas sensações, mas somos influenciados pelo que a sociedade pensa e idealiza sobre o nosso corpo.^{13,14}

Quando se analisa a visão de corpo das pessoas, alguns estudos demonstram que esta apresenta permeada de significâncias pessoais e sociais.¹⁰⁻¹³ E, ao se remeter à percepção e visão de corpo do idoso, existem lacunas que identificando a necessidade de estudos mais aprofundados, justificadas diante da complexidade e heterogeneidade do tema “corpo”, no geral, e em específico o “corpo idoso”.

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo buscou verificar, nos discursos dos idosos, que aspectos eles consideravam quando remetiam a percepção e visão que tinham de seus corpos para, assim, desenvolver reflexões sobre esses discursos.

METODOLOGIA

O enfoque metodológico utilizado neste estudo caracteriza-o como pesquisa qualitativa, baseado no fato de se preocupar com a análise da realidade procurando entender os meandros das relações sociais e afetivas, trabalhando com o universo de significados, crenças, valores e compreendendo essa dinâmica.

A amostra do estudo foi obtida por conveniência, composta por nove idosos, sendo três do sexo masculino e seis do feminino; com idades entre 60 e 96 anos. Todos os entrevistados são moradores de uma ILPI de médio-alto poder aquisitivo na cidade de Juiz de Fora-MG. A instituição pesquisada foi escolhida propositalmente, devido à acessibilidade do pesquisador, com o propósito de ser um estudo piloto.

O instrumento de pesquisa utilizado foi uma entrevista semiestruturada, com dados sociodemográficos e uma questão sobre percepção e visão de corpo. Os discursos levantados foram transcritos literalmente e analisados de forma qualitativa, segundo Bardin,¹⁵ fazendo-se assim uma breve discussão a respeito dos aspectos eles consideravam quando remetiam a percepção e visão de seus corpos. Quanto aos dados demográficos, estes proporcionaram maior consistência ao estudo.

As entrevistas foram realizadas com autorização dos participantes, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob o número 2057.116.2010.

Apresentação e Análise dos Dados

Nos registros das entrevistas, foram encontradas três dimensões gerais de percepção e

visão de corpo: uma visão de corpo “positiva”; outra voltada principalmente à percepção das “doenças”, uma visão “biologicista” de corpo; e em, alguns discursos, percebeu-se a influência da preocupação com cuidados “estéticos” e com a beleza.

Percepção positiva de corpo

Nesta análise, verificou-se maior prevalência da associação positiva de percepção e visão de corpo.

“Gosto de viver, sou feliz, tenho filhos bons”. (Sra. B)

“Tenho problemas físicos né? Mas acho que eu sempre lidei bem com eles sabe? [...] as minhas pernas estão ótimas, as vezes eu estou sentindo as pernas mais leves sabe [...]. Eu estou andando com desembaraço, com desenvoltura, sem desequilíbrio [...]. Eu estou me sentindo, apesar do peso, eu estou me sentindo muito vivo, sabe? Meu corpo está desembaraçado, desenvolto. Eu estou me sentindo muito vivo.” (Sr. L)

“Eu vejo meu corpo bom, porque meu corpo é perfeito. Segundo o médico, me fala. O meu corpo é perfeito. Tô muito satisfeito.” (Sr. G)

O que mostra de maneira adversa a negatividade do envelhecimento é que esses idosos conseguem encarar essa etapa da vida de forma positiva. Segundo Cícero (apud Marcelino),¹² o idoso tem o poder de construir uma boa imagem da velhice e de seu processo de envelhecimento; essa etapa da vida não é feita apenas de perdas, mas também de mudanças positivas.

Neri & Cachioni¹⁶ e Todaro¹⁷ alertam que o elemento essencial do conceito de velhice bem-sucedida não é a preservação de níveis de desempenho parecidos com os de indivíduos mais jovens, mas a ideia de que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial para o desenvolvimento do indivíduo. Isso deve ocorrer dentro dos limites individuais estabelecidos por condições de saúde, estilo de vida e educação, que atualmente muitas ILPI demonstram oferecer aos seus residentes.

Em contrapartida, “muitas experiências vividas pelos idosos nesse processo não são plenamente positivas, pois possuem marcas e símbolos sociais que acabam limitando o idoso de realizar tudo o que ele ainda seria capaz” (p. 84).¹⁸ Concordamos com Zimerman,¹⁹ que atenta para os efeitos psicológicos do envelhecimento, cujos dados precisam ser mais bem trabalhados de acordo com a história e o perfil de cada indivíduo, em que o “velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade” (p. 19).

Percepção de corpo relacionado à doença

Foi observada, também, associação da percepção e visão do corpo às doenças, comumente percebidas no envelhecimento.

“Saúde eu num tenho né?! Porque... é bursite aqui, dor no fêmur, dor na coluna.” (Sra. Z)

“Num tenho aquela liberdade de falar do meu corpo. Quer dizer, me limitando à aquilo que eu posso falar, eu posso dizer o seguinte, que eu sinto meu corpo como, normalmente, como uma prisão. Eu não posso executar as coisas que eu executava antes. Eu não posso andar sozinha, eu não tenho equilíbrio.” (Sra. N)

O meio social e cultural, além da carga genética herdada de familiares e das histórias pessoais, influenciam as posturas corporais e sociais e podem influenciar o processo saúde-doença.²⁰ Em relação a essa percepção de corpo, Withbourne & Skultety²¹ mostram que as experiências de saúde e doença têm profundas implicações na qualidade de vida do idoso e interferem drasticamente no indivíduo, sobre seus sentimentos de vida ou de morte.

Visão biológica do corpo

Foi possível perceber, em um dos discursos, a visão biológica do corpo; apresentando-se apenas como uma máquina que funciona dependendo dos combustíveis.

“Eu acho que, o corpo para sobreviver ele tem necessidade de cuidados né. Higiénicos,

alimentação, de repouso [...] Todas essas coisas são fundamentais na sobrevivência do ser humano né?” (Sr. T)

Ao enfatizar a interrogação a respeito de suas percepções, o entrevistado demonstrou não parar pra pensar em seu corpo, porque isso não adiantaria. De acordo com Assis,²² “a existência de preconceito em relação ao idoso também tem origem na supervalorização do trabalho e da produção na sociedade capitalista” (p. 13), onde o corpo é percebido como uma máquina que deve se apresentar sempre capacitada ao trabalho, não podendo sofrer com as mudanças naturais com os acrescidos anos.

Conceitos estéticos

Como afirma Marcelino,¹² isso demonstra que “todo o seu processo histórico de vida, todas as suas percepções e experiências vivenciadas ao longo de sua existência, são fatores primordiais para tentarmos entender e compreender o corpo de qualquer ser humano” (p.40). Analisando o pensamento desse autor, é possível destacar, observando-se os discursos, a presença da influência dos conceitos estéticos que os permeiam.

“Eu procuro passar um perfuminho, deixar o cabelo sempre limpo, bem penteado principalmente pras visitas, na hora das refeições.” (Sra. D)

“Eu gosto de andar bem arrumada, eu gosto de trazer minhas unhas arrumadas, meu cabelo arrumado.” (Sra. Z)

“A vaidade tá ruim, porque eu adoro um salto alto, num sei nem quando vou poder calçar. Mas o cabelo e unha eu continuo. A roupa também.” (Sra. C)

“Eu não sinto bem com o meu corpo porque eu só muito baixinha. Eu queria ser uma pessoa mais alta[...]É difícil ser baixinha[...] Eu não gosto do meu rosto. Porque eu me pareço com uma pessoa que eu não gosto.” (Sra. I)

Reforça-se, assim, o quão significativa são as verdades que nos são propostas e o quanto são aceitas.

CONCLUSÕES

Neste trabalho foram levantadas discussões referentes às interpretações sociais, biologicistas e fisiológicas que um grupo de idosos institucionalizados possui de sua imagem corporal, além de reunir informações que constatarem uma percepção positiva de corpo e um aumento de expectativas diante das visões e percepções de corpo dos idosos. Contudo, através da análise da literatura e das entrevistas, ficou evidente que as percepções de corpo se diferem significativamente, o que não nos permitiu fazer generalizações.

Em concordância com Assis,²² este estudo também destaca que “o envelhecimento humano é um fato reconhecidamente heterogêneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos e econômicos, em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos” (p. 11).

Uma limitação do presente estudo foi o tamanho da amostra, justificada pela existência de um grande número de idosos institucionalizados com incapacidade para responder ao protocolo de entrevista na ILPI pesquisada. A revisão bibliográfica realizada para o presente estudo indicou que ainda são poucas as pesquisas no âmbito das ILPI no Brasil, por isso estudos com uma amostra mais significativa em instituições de diferentes condições socioeconômicas poderiam ser realizados para se obter melhor parâmetro para análise da percepção corporal de sujeitos nessas condições. Além disso, devem ser desenvolvidos estudos que considerem os sentimentos e atitudes daqueles que possam apresentar alguma distorção de sua imagem corporal.

Espera-se que este estudo tenha sido um passo para incentivar novas pesquisas que possam trazer contribuições para o campo da gerontologia, tanto nessa temática quanto em outras, incentivando os profissionais da área a procurarem novas e melhores formas de trabalhar com idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

1. Biasus F. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade. *Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Psicologia]— Centro de Filosofia e Ciências Humanas*; 2009.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000[Acesso em 5 jan 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>
3. Danilow MZ ,et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde* 2007;18 (3):9-16.
4. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):229-36.
5. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. *Rev. Saúde Pública* 1999 oct; 33 (5):454-460.
6. Davim RMB , et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004;12 (3):518-524.
7. Lei nº 10.741 .Estatuto do Idoso 2003 out 1. Pub DO 1(1) [Acesso em 3 Out 2003] .
8. Mercadante E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: Papaléo M. (Org.) *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
9. Merleau-Ponty, M. *A fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
10. Blessmann EJ. Corporeidade e Envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estud. interdiscip. Envelhec* 2004; 6:21-39.
11. Monteiro PP. *Envelhecer – Histórias: encontros e transformações*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
12. Marcelino VR. *Influência da Atividade física na imagem corporal e percepção de dor de pessoas idosas com dores crônicas*. Campinas. Tese [Doutorado em Educação Física].—Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas; 2008.
13. Schilder P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
14. Tavares MCGC. *Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole; 2003.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
16. Néri AL , Cachioni M. *Velhice bem-sucedida e educação*. In: Néri AL , Debert GG (orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papyrus; 1999.
17. Todaro MA. *Dança: uma interação entre o corpo e a alma dos idosos*. Campinas. Dissertação [Mestrado em Educação]. — Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campina; 2001.
18. Ferreira LA. *Imagem Refletida: olhares para o ser envelhecido em diferentes contextos sociais*. Piracicaba. Dissertação [Mestrado em Educação Física]—Universidade Metodista de Piracicaba; 2006.
19. Zimerman GI. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2000.
20. Moimaz SAS, et al. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(3):361-375.
21. Whitbourne KS, Skultety MK. *Body Image Development : adulthood and Aging*. In: Cash TF, Pruzinsky YT. *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practic*. New York: Guilford Press; 2004.
22. Assis M de. *Aspectos sociais do envelhecimento*. In: Saldanha AL. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. In : Saldanha ALI , Caldas CP (orgs.). 2. ed. Rio de Janeiro : Interciência; 2004.

Recebido: 08/2/2011

Revisado: 09/5/2011

Aprovado: 13/9/2011

Segurança alimentar em domicílios chefiados por idosos, Brasil

Food security in households headed by elderly, Brazil

Tereza Etsuko da Costa Rosa¹
Lenise Mondini²
Muriel Bauermann Gubert³
Geni Satiko Sato²
Maria Helena D'Aquino Benício⁴

Resumo

A segurança alimentar nos domicílios chefiados por idosos tem uma dimensão especial no que se refere às condições de saúde e bem-estar, uma vez que parece evidente a importância de garantir a este contingente populacional a possibilidade de continuar a contribuir na sociedade de forma ativa e produtiva. *Objetivo:* Determinar a prevalência de insegurança alimentar em domicílios cujos chefes são idosos, segundo características sociodemográficas. *Métodos:* Trata-se de estudo descritivo com domicílios cujos chefes têm 60 anos ou mais de idade declarada, selecionados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – PNAD 2004. Empregou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, classificando-se os domicílios em segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada e grave. A análise descritiva dos dados incluiu a distribuição de frequência dos domicílios de acordo com os níveis de insegurança alimentar nos estratos das variáveis sociodemográficas, levando-se em consideração o efeito do desenho. *Resultados:* O estudo mostrou que 29,8% dos domicílios se encontravam na condição de insegurança alimentar e que tal condição estava significativamente associada com regiões menos abastadas (Norte/Nordeste, rural), com os segmentos populacionais mais desfavorecidos (mais pobres e menos escolarizados) e, ainda com características de gênero (mulheres) e raciais (indígenas, pardos e pretos) as quais sabidamente ocupam os níveis inferiores da hierarquia social. *Conclusão:* A distribuição da insegurança alimentar em domicílios chefiados por idosos segue tendência similar dos domicílios

Palavras-chave: Idosos.
Fatores socioeconômicos.
Qualidade de vida.
Comportamento alimentar. Insegurança alimentar.

¹ Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

² Instituto de Economia Agrícola. Secretaria da Agricultura e Abastecimento de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³ Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição. Universidade de Brasília. Brasília, DF – Brasil

⁴ Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Tereza Etsuko da Costa Rosa
Instituto de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Rua Santo Antônio, 590
01314-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: tererosa@isaude.sp.gov.br

brasileiros, ratificando a maior prevalência desta condição nos estratos socioeconômicos mais desfavorecidos da população ou entre características associadas à pobreza.

Abstract

Food security in households headed by elderly people has special dimension as for health and welfare, since it is clearly important to ensure that they go on contributing to society in an active and productive way. *Objective:* To determine the prevalence of food insecurity in households whose heads are older, according to socio-demographic characteristics. *Methods:* It is a descriptive study with households whose heads have 60 years of age or over declared, selected from the National Sample Household Survey - PNAD 2004. We applied the Brazilian Food Insecurity Scale, ranking the households into food security and food insecurity, moderate and severe. Descriptive analysis of data included the frequency distribution of households according to levels of food insecurity in the strata of socio-demographic variables, taking into account the design effect. *Results:* The study showed that 29.8% of households were in the condition of food insecurity and that this condition was significantly associated with less affluent regions (north / northeast, rural), with the most vulnerable population segments (the poorest and least educated) and also with characteristics of gender (women) and race (Indian, mulatto and black) which is known to occupy the lower levels of social hierarchy. *Conclusion:* The distribution of food insecurity in households headed by elderly people, following a similar trend of Brazilian households, confirms the higher prevalence of this condition in socioeconomic disadvantaged population or characteristics associated with poverty.

Key words: Elderly. Socioeconomic factors. Quality of life. Feeding behavior. Food insecurity.

INTRODUÇÃO

Segurança Alimentar e Nutricional é a garantia do direito de todos ao acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, com base em práticas alimentares saudáveis e respeitando as características culturais de cada povo, manifestadas no ato de se alimentar. Esta condição não pode comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, nem sequer o sistema alimentar futuro, devendo se realizar em bases sustentáveis. É responsabilidade dos Estados nacionais assegurar este direito e devem fazê-lo em obrigatória articulação com a sociedade civil, dentro das formas possíveis para exercê-lo.¹

Três elementos básicos compõem o conceito de segurança alimentar: “quantidade suficiente, regularidade e qualidade”, assumindo uma abordagem ímpar quando se trata de garantir alimentação adequada aos idosos, grupo

populacional cujo crescimento é fenômeno mundial.² A insegurança alimentar entre idosos está associada com estado nutricional e de saúde inadequados,³ que podem contribuir para o aumento da ocorrência de doenças, dependência para atividades da vida diária, redução da resistência a infecções e aumento de hospitalização.^{4,5}

No Brasil, somente em uma década, a população de idosos (60 anos ou mais de idade), segundo o Estatuto do Idoso⁶ aumentou 35,5% entre 1991 e 2000 e, em 2008 já representava 11,1% da população total.^{7,8} É importante destacar que, segundo dados do Censo 2000 (último disponível), naquele ano 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros.⁷ Ora, neste sentido, a segurança alimentar nesses domicílios tem uma dimensão especial no que se refere às condições de saúde e bem-estar do idoso, uma vez que parece evidente a importância de

garantir a esse contingente populacional a possibilidade de continuar contribuindo na sociedade de forma ativa e produtiva.

O presente estudo tem por objetivo determinar a prevalência de insegurança alimentar em domicílios cujos chefes são idosos, segundo características sociodemográficas. Espera-se, desta forma, contribuir para o conhecimento da situação de segurança alimentar da população idosa brasileira, em especial aquela responsável pelos domicílios, como uma questão de interesse para a adequação de políticas públicas direcionadas a este segmento populacional.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com domicílios cujos chefes tinham 60 anos ou mais de idade declarada, selecionados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD 2004), executada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), compondo uma amostra de 23.877 domicílios em todo o Brasil.⁹

A mensuração de segurança/insegurança alimentar foi realizada por meio de inquérito domiciliar com aplicação de questionário junto a um adulto que soubesse responder sobre a alimentação da família. O instrumento de coleta de dados empregado foi a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), com 15 perguntas referentes à experiência de insuficiência alimentar percebida nos últimos 90 dias que antecedem a entrevista. A condição de segurança alimentar pode ser classificada em quatro categorias: segurança alimentar e insegurança alimentar leve, moderada e grave, correspondendo à pontuação atribuída a cada domicílio, referente ao número de respostas afirmativas às perguntas da escala, diferenciada para domicílios com pelo menos um morador com idade inferior a 18 anos e domicílios com todos os moradores com 18 anos ou mais de idade.^{9,10}

Os domicílios foram identificados segundo os níveis de insegurança alimentar nas grandes regiões do país, situação do domicílio (urbano e rural), rendimento domiciliar *per capita* mensal, número de pessoas no domicílio, além do nível de escolaridade, sexo e raça/cor do chefe da família.

A análise descritiva dos dados incluiu a distribuição de frequência dos domicílios de acordo com os níveis de insegurança alimentar nos estratos das variáveis sociodemográficas, com correção para o efeito do desenho,^{*} utilizando-se o módulo específico *Survey* (família de comandos *svy*) do software Stata 8.2, que permite calcular variâncias em amostras complexas de acordo com o processo amostral adotado na PNAD. As associações da variável de interesse (segurança/insegurança alimentar total) com as demais variáveis foram verificadas por meio da estatística “F”, levando-se em consideração o efeito do desenho, adotando-se nível de significância de 5%. Os dados foram processados e analisados nos softwares SPSS versão 13.0 e Stata versão 8.0, respectivamente.

Por se tratar de estudo originado de análise de banco de dados de uso e acesso público (PNAD 2004), este não foi submetido à apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa e não existiu nenhum tipo de conflito de interesses para a elaboração do artigo.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra a distribuição de frequência de segurança alimentar e de insegurança alimentar (total), além dos níveis leve, moderado e grave em domicílios cujos chefes eram pessoas com 60 anos e mais de idade, de acordo com variáveis sociodemográficas. Também se verificou a associação da variável “insegurança alimentar total” (sim/não) com cada uma das demais variáveis, expressa pelos níveis de significância do teste (valor p).

* O módulo *survey* do Stata permite o cálculo de variâncias em amostras complexas, uma vez que o sorteio em diferentes estágios retira a equiprobabilidade de sorteio que ocorre ao se considerar o processo de amostragem casual simples.

Regionalmente, a situação de insegurança alimentar foi mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste do país, onde níveis de insegurança alimentar moderado ou grave foram detectados em mais de 1/4 dos domicílios. Situação oposta ocorreu nas regiões Sul e Sudeste, onde tais condições só foram encontradas em cerca de 10% dos domicílios e a grande maioria (80%) deles foi classificada como em situação de segurança alimentar. Os resultados indicam que existe associação entre todos os tipos de insegurança alimentar e região onde se localizavam os domicílios ($p < 0,001$).

Embora as prevalências de insegurança alimentar nas zonas urbana e rural não sejam marcadamente diferentes, conforme verificado nas grandes regiões, a prevalência de domicílios em situação de insegurança alimentar na zona rural é maior em relação à urbana (32,2% contra 29,3%, respectivamente; $p = 0,037$).

No que diz respeito ao gênero, os domicílios chefiados pelos homens se encontravam em melhor situação de segurança alimentar em relação àqueles chefiados por mulheres ($p < 0,001$).

Tabela 1 - Prevalência (%) de insegurança alimentar em domicílios cujos chefes são idosos, segundo variáveis sociodemográficas. Brasil, PNAD – 2004.

Variáveis	n	Segurança alimentar	Insegurança Alimentar			
			Total	Leve	Moderada	Grave
Regiões						
Norte	2208	55,8	44,2	16,2	16,7	11,3
Nordeste	7571	54,0	46,0	16,8	19,4	9,8
Centro-Oeste	2092	71,5	28,5	12,2	11,2	5,1
Sudeste	8028	78,3	21,7	11,0	7,6	3,1
Sul	3978	78,9	21,1	9,8	7,3	4,0
<i>p < 0,001</i>						
Área						
Urbana	19836	70,7	29,3	12,6	11,2	5,5
Rural	4041	67,8	32,2	13,4	12,7	6,1
<i>p = 0,037</i>						
Gênero						
Masculino	14410	72,2	27,8	12,3	10,5	5,0
Feminino	9467	67,0	33,0	13,5	13,0	6,5
<i>p < 0,001</i>						
Raça (Cor)						
Indígena	51	45,1	54,9	20,9	27,0	7,0
Branca	12837	79,1	20,9	10,2	7,5	3,2
Negra	1863	56,4	43,6	17,0	18,3	8,3
Amarela	120	90,5	9,5	6,2	1,4	1,9
Parda	9005	57,8	42,2	16,2	16,9	9,1
<i>p < 0,001</i>						
Renda per capita						
< 1/4	592	21,4	78,6	17,5	27,0	34,1
1/4 - 1/2	2097	30,3	69,7	22,7	30,3	16,7
1/2 - 1	5536	52,8	47,2	20,6	19,4	7,2
> = 1	15652	82,5	17,5	8,7	6,0	2,8
<i>p < 0,001</i>						

Tabela 1 - Prevalência (%) de insegurança alimentar em domicílios cujos chefes são idosos, segundo variáveis sociodemográficas. Brasil, PNAD – 2004. (Continuação)

Variáveis	n	Segurança alimentar		Insegurança Alimentar		
		Total	Leve	Moderada	Grave	
Escolaridade (anos)						
< 1	8639	55,9	44,1	16,7	17,8	9,6
1-3	5052	69,8	30,2	12,9	12,1	5,2
4-7	5650	77,2	22,8	11,4	7,9	3,5
7-10	1343	83,4	16,6	9,6	4,9	2,1
> 10	3181	92,2	7,8	4,9	2,2	0,7
<i>p < 0,001</i>						
Nº de pessoas no domicílio						
Sozinho	4582	76,4	23,6	8,9	8,6	6,1
2	7094	76,8	23,2	9,6	9,2	4,4
3-4	7815	69,1	30,9	14,1	11,9	4,9
5 e +	4386	53,1	46,9	20,1	18,2	8,6
<i>p < 0,001</i>						
Total	23877	70,2	29,8	12,7	11,5	5,6

A prevalência de insegurança alimentar segundo a cor da pele ou raça do chefe do domicílio mostra que a pior situação foi encontrada entre os indígenas (34% de tipo moderado ou grave) e entre pretos e pardos (26% de tipo moderado ou grave).

No que se refere à renda domiciliar *per capita*, escolaridade e número de pessoas residentes no domicílio, além de sua associação com a condição de insegurança alimentar, observou-se um gradiente da distribuição da variável de interesse segundo os estratos de cada uma das variáveis independentes referidas.

Relação claramente inversa foi verificada entre o nível socioeconômico, aqui representado pela renda domiciliar *per capita* mensal e escolaridade do chefe do domicílio e a condição de insegurança alimentar (teste de tendência linear $p < 0,0001$). Entre os domicílios com renda *per capita* maior que um salário mínimo, nota-se 2,8% de insegurança alimentar grave, enquanto que tais proporções se elevaram rapidamente para 7,2%, 16,7% e 34,1% à medida que o nível de renda se

reduz. Tendência semelhante foi observada nos diversos níveis de escolaridade, não obstante as proporções de insegurança alimentar grave sejam de menor magnitude.

A condição de insegurança alimentar apresentou relação direta com o número de pessoas no domicílio (teste de tendência linear $p < 0,0001$). Maiores proporções de insegurança alimentar em níveis moderado ou grave foram observadas quando o domicílio era composto por três a quatro pessoas (16,8%) e por cinco ou mais pessoas (26,8%). Desta forma, cerca de $\frac{3}{4}$ dos domicílios com no máximo dois moradores apresentaram situação de segurança alimentar.

DISCUSSÃO

A partir da classificação dos domicílios, exclusivamente chefiados por pessoas com 60 anos ou mais de idade, de acordo com a segurança alimentar, investigada por meio do levantamento suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra

de Domicílios (PNAD 2004) sobre Segurança Alimentar (EBIA), o estudo mostrou que 70,2% desses domicílios se encontravam em condição de segurança alimentar. O estudo evidenciou também que a condição oposta (29,8%) estava associada às regiões menos abastadas (Norte/Nordeste, rural), com os segmentos populacionais mais desfavorecidos (mais pobres e menos escolarizados) e, ainda, com características de gênero (mulheres) e raciais (indígenas, pardos e pretos), as quais sabidamente ocupam os níveis inferiores da hierarquia social.

A validade da escala, confirmada em estudos anteriores¹⁰⁻¹² e aliada ao planejamento amostral empreendido na PNAD,⁹ permitiu estimativas confiáveis de prevalência de insegurança alimentar no país, bem como sua associação com alguns aspectos sociodemográficos e econômicos, com focalização nos domicílios que tinham uma pessoa idosa como referência.

A aferição da insegurança alimentar, quando feita pela EBIA, engloba forte influência do componente de acesso financeiro ao alimento, uma vez que a maior parte das perguntas da escala se refere à condição “ter dinheiro suficiente” para a aquisição do alimento.¹³

A distribuição da insegurança alimentar em domicílios chefiados por idosos seguiu a mesma tendência dos domicílios brasileiros, sendo a insegurança alimentar moderada/grave maior também nas regiões Norte (31,1%) e Nordeste (37,8%).⁹ De fato, no início da presente década, o rendimento médio mensal das pessoas com 60 anos e mais de idade, responsáveis pelos domicílios, era quase o dobro nas regiões do centro-sul do país, quando comparado ao das regiões Norte e Nordeste e, de 2,5 vezes entre residentes de área urbana comparado aos de área rural.⁷

Em domicílios situados na zona rural, elevadas prevalências de insegurança alimentar já foram observadas em outros estudos. Parte deste fenômeno pode ser explicada pelo fato de que a referência de ausência de renda para aquisição de alimentos nas áreas rurais foi mais frequente

quando a condição de insegurança alimentar se fazia presente.¹⁴

Hoffmann & Kageyama¹⁵ relacionam a insegurança alimentar com a pobreza no Brasil, ressaltando que a pobreza afeta 65,1% da população rural e 29,2% da população urbana, sendo que 9,2% da população na área rural vivem em estado de extrema pobreza. Estudos mostram, entretanto, que excluindo-se o problema da renda, a zona rural apresenta características mais favoráveis à segurança alimentar, como maior frequência de produção alimentar para autoconsumo e disponibilidade de alimentos pela prática extrativista.¹⁶

A insegurança alimentar é mais prevalente entre as mulheres responsáveis por domicílios, comparadas aos homens na mesma condição. Dados do último Censo indicam que cerca de 40% dos domicílios chefiados por idosos eram de mulheres, das quais um terço morava sozinha, contra 9,5% dos homens, fato decorrente do diferencial de expectativa de vida entre os sexos.⁷ As mulheres constituem a maioria dos pobres, entre idosos e não-idosos; particularmente entre as idosas, têm menos experiência de trabalho no mercado formal e apresentam baixa escolaridade, o que pode implicar menor renda,^{7,17} conforme verificado no ano de realização da PNAD, quando o rendimento médio das mulheres era cerca de um terço menor que o rendimento auferido pelos homens.¹⁸

Em relação à raça/cor, a pior situação na ocorrência de insegurança alimentar entre os indígenas (34% de tipo moderado ou grave) e entre pretos e pardos (26% de tipo moderado ou grave) foi semelhante aos dados encontrados em outros estudos.

No Brasil, os povos indígenas estão expostos a transformações ambientais e socioeconômicas, que os colocam em situação de alta vulnerabilidade à insegurança alimentar.¹⁹ Entre a população cujo responsável é pardo ou negro, normalmente todos os indicadores sociodemográficos são piores,⁸ ressaltando-se que o percentual de pobres nestes grupos com 60 anos

ou mais de idade era o dobro da população branca nesta faixa etária ao final da década de 1990.¹⁷

Conforme esperado, ratificando o panorama já analisado, a condição de insegurança alimentar das famílias com chefes idosos apresentou-se mais prevalente nos estratos socioeconômicos mais desfavorecidos da população brasileira.

Um dos determinantes proximais da condição de insegurança alimentar é a desigualdade de renda, juntamente com a *proxy* (aproximação) escolaridade. Na análise da insegurança em domicílios chefiados por idosos, a renda e escolaridade do chefe mostraram-se inversamente proporcionais às prevalências de insegurança alimentar. Nota-se que a proporção de domicílios com os menores rendimentos alcançou 12 vezes a proporção de insegurança alimentar, comparados aos de maiores rendimentos. Por outro lado, mesmo nas famílias cujas rendas, em tese, são consideradas plenamente suficientes para a satisfação das necessidades nutricionais das pessoas (renda *per capita* > 1 salário mínimo), persistem prevalências da ordem de 6,0% e de 8,7% de insegurança alimentar moderada e leve, respectivamente. Isso reforça a tese de alguns estudiosos¹⁵ de que, embora seja inegável a íntima relação entre satisfação das necessidades básicas e disponibilidade de renda, outras dimensões devem ser consideradas também para a sobrevivência das pessoas e famílias.

A baixa escolaridade do responsável se constitui num parâmetro importante para a condição de insegurança alimentar no domicílio. Em geral, o número de anos de estudo agrega valores que podem facilitar o acesso à informação, a serviços públicos etc., além do fato de que pouca escolaridade, via de regra, se associa à baixa renda.

Conforme verificado no estudo sobre a insegurança alimentar nos domicílios brasileiros como um todo, mesmo depois de controlado o efeito da renda, a escolaridade da pessoa de referência contribui, significativamente, para reduzir a probabilidade de insegurança alimentar.²⁰

No entanto, vale considerar que a condição de insegurança alimentar é ainda pior nas famílias

cujos chefes são indivíduos com menos de 60 anos de idade (36,2 % contra 29,8%; $p < 0,001$ - dados não apresentados), mesmo nos níveis mais graves. Isso mostra que o idoso, arrimo de família, pode gerar uma situação de proteção em relação à insegurança alimentar. Segundo dados de 2008,⁸ em metade dos domicílios com idosos, a renda destes representava a maior parte da renda familiar, oriunda principalmente de aposentadoria, que garante renda estável e maior segurança econômica.

No município de Campinas-SP, um estudo sobre insegurança alimentar em famílias selecionadas com moradores com 65 anos ou mais de idade revelou que cerca de 70% delas era chefiada pelo indivíduo idoso com contribuição substancial para a renda familiar.¹² Neste sentido, especificamente para a população responsável pelo domicílio, embora a renda média dos idosos seja inferior à da população maior de dez anos de idade, seu crescimento, no período entre 1991 e 2000, foi muito mais expressivo (63% contra 42%, respectivamente). Ressalta-se ainda, neste período, que o crescimento no rendimento médio do idoso residente em área rural foi maior do que o dos responsáveis não idosos (77% contra 53%).⁷

A política brasileira de seguridade social, que garantiu uma cobertura praticamente universal (87,2%),²¹ parece ter grande influência nesse panorama. De fato, em 2002, 73% do total das transferências de renda do Governo Federal foram gastos com aposentadorias e pensões, enquanto apenas 1,5% dos recursos beneficiaram as famílias pobres por meio dos Programas de Renda Mínima.²²

Tais estatísticas, supostamente favorecedoras dos idosos, geraram um debate em torno do que vem sendo denominado “viés intergeracional”.²³ Não obstante outros estudiosos das políticas sociais no Brasil sustentem que faltam evidências definitivas sobre a existência de conflito entre as gerações,²⁴ certamente a universalização dos benefícios de seguridade social resultou em melhorias nos padrões de vida da população mais envelhecida.

CONCLUSÕES

Caberiam outros estudos sobre a condição de segurança alimentar da população idosa no contexto de domicílios em que outra pessoa, que não o idoso, seja o chefe da família, e nos quais talvez fossem reveladas configurações diversas das constatadas no presente estudo. Todavia, os determinantes da insegurança alimentar não devem diferir em sua natureza entre os domicílios chefiados por pessoas com 60 anos ou mais e aqueles que não o são. Portanto, a definição de prioridades e ajustes de medidas para a redução da insegurança alimentar, de acordo com as necessidades do contexto específico, deverá subordinar-se à

magnitude do efeito dos fatores sociodemográficos e regionais.

Na medida em que os resultados aqui discutidos apontam as famílias pobres, das áreas rurais, como parte significativa dos domicílios afetados pela insegurança alimentar, políticas públicas impactantes nesse âmbito poderiam ser aquelas direcionadas à criação de programas que estimulem os idosos a desempenharem papel ativo na produção de alimentos. Programas que, aliados a políticas sociais e de saúde que incentivem a disponibilização de uma gama de serviços preventivos, de recuperação e desenvolvimento para as pessoas idosas, devem lhes permitir levar uma vida o mais independente possível em seu próprio lar e em sua comunidade, e continuar a ser cidadãos ativos e úteis à sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 17 set 2006.
2. Wolfe WS, Frongillo EA, Valois P. Understanding the experience of food insecurity by elders suggests ways to improve its measurement. *J Nutr* 2003; 133: 2762-69.
3. Lee JS, Frongillo Jr EA. Nutritional and health consequences are associated with food insecurity among US elderly persons. *J Nutr* 2001; 131:1503-9.
4. Reuben DB, Freundale GA, Harrison GF. Nutrition screening in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43 : 415-25.
5. Jensen GL, Friedmann JM, Colemann CD, Smiciklas-Wright H. Screening for hospitalization and nutritional risks among community-dwelling older persons. *Am J Clin Nutr* 2001; 74:201-5.
6. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. [Acesso em 30 abr 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm.
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2002: Estudos e Pesquisas. Rio de Janeiro: IBGE; 2002. 97p.
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios : síntese de indicadores. 2008. [Acesso em 10 Mar 2010]. Disponível em: www.ibge.gov.br .
9. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segurança alimentar : pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. 140p.
10. Segall-Corrêa AM, et al. Relatório Técnico: acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Unicamp; 2004.
11. Perez-Escamilla R, et al. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr*, Bethesda 2004 aug;134(8): 1923-1928.[Acesso em 03 Mar 2010]. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/134/8/1923>.
12. Marín-León L, et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (5): 1433-40.
13. Segall-Corrêa AM, et al. Evaluation of household insecurity in Brazil: validity

- assessment in diverse sociocultural settings. Santiago: Premio Redsan - FAO; 2008.
14. Vianna RPT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba. *Rev Nutr.* 2008; 21: 111-122S.
 15. Hoffmann R, Kageyama A. Pobreza, insegurança alimentar e pluriatividade no Brasil. Fortaleza: SOBER; 2007.
 16. Yuyama LKO, et al. Segurança/Insegurança alimentar em famílias urbanas e rurais no estado do Amazonas: I. Validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. *Acta amazônica.* 2007; 37(2): 247-252.
 17. Barros RP, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil: texto para discussão. Brasília: IPEA; 1998. 686p.
 18. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
 19. Fávoro T, Ribas DLB, Zorzatto JR, Segall-Corrêa AM, Panigassi G. Segurança alimentar em famílias indígenas. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(4): 785-793.
 20. Hoffmann R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da PNAD de 2004. *Rev SAN.* 2008; 15(1): 49-61.
 21. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Rio de Janeiro: Ipea; 2007
 22. Brasil. O gasto social do governo central: 2001 e 2002. Brasília: Ministério da Fazenda; 2003.
 23. Barros RP, Carvalho M. Desafios para a política social brasileira. Rio de Janeiro: Ipea; 2007
 24. Goldani AM. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p. 353-410.

Recebido: 21/2/2011

Revisado: 26/5/2011

Aprovado: 27/10/2011

Aptidão física funcional de idosos praticantes de hidroginástica

Functional fitness of elderly practicing aquagym

Rui Gonçalves Marques Elias¹
Eliane Cristina de Andrade Gonçalves²
Augusto César Ferreira de Moraes³
Cibelly Formaggio Moreira²
Carlos Alexandre Molena Fernandes⁴

Resumo

O estudo teve como objetivo verificar a aptidão física funcional de idosos praticantes de hidroginástica. A amostra foi constituída por 18 mulheres idosas, com idade média de $65,5 \pm 5,84$ praticantes das aulas de hidroginástica do CEAF (Centro de Excelência em Atividade Física). A aptidão física foi avaliada através da bateria de testes de Rikli e Jones (1999), adaptados por Morrow Jr. (2003), com avaliação de força de membros inferiores, força de membros superiores, flexibilidade dos membros inferiores, mobilidade física (potência, velocidade, agilidade e equilíbrio), flexibilidade dos membros superiores, resistência aeróbia e índice de massa corporal. Os resultados demonstram que os avaliados atingiram bons níveis de aptidão física nos testes de força de membros superior, flexibilidade de membros inferiores e mobilidade física. Já nos testes de força de membro inferior, capacidade aeróbia e flexibilidade de membros superiores, os níveis de aptidão física foram baixos. Sessenta e cinco por cento da amostra apresentaram excesso de peso e obtiveram resultados inferiores na maioria dos testes de aptidão física funcional. Conclui-se que os idosos praticantes de aulas de hidroginástica não apresentaram boa aptidão física funcional geral, principalmente nos níveis de força muscular de membro inferior, desempenho cardiorrespiratório e flexibilidade. Faz-se necessário reavaliar as aulas de hidroginástica, com o objetivo de aumentar gradualmente seu volume e intensidade, para alcançar melhora progressiva das capacidades físicas funcionais da população idosa.

Palavras-chave: Idosos. Atividade Motora. Saúde do idoso. Aptidão física funcional. Hidroginástica.

¹ Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual Norte do Paraná-UENP. Jacarezinho, PR, Brasil.

² Curso de Educação Física. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

³ Programa de Pós Graduação em Ciências. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranaíba, Departamento de Educação Física. Maringá, PR, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*

Rui Gonçalves Marques Elias
Universidade Estadual Norte do Paraná, Centro de Ciências da Saúde
Alameda Padre Magno, 841 - Nova Alcântara
86400-000 Jacarezinho, PR, Brasil
E-mail: rgmelias@uenp.edu.br

Abstract

The main objective of this study was to analyze the Functional Fitness of the elderly when practicing aquagym. The study involved the analyses of a group of 18 female individuals with mean age of 65.5 ± 5.84 , practicing aquagym at the CEAF (Center of Excellence in Physical Activity). The range of tests used in this study was taken from the Rikli and Jones Methods (1999) and adapted by Morrow Jr. (2003), and consisted of analyzing the strengths, flexibilities, agility and balance of the upper and lower limbs, taking into consideration their aerobic resistance and body composition. From the results of these tests we can observe that everyone attained an average or above score during elbow contractions, touching toes whilst seated, standing up and walking, and gained low scores when marching statically for two minutes and bending their arms behind their backs. On the BMI (Body Mass Index) tests, 65% of the subjects who were overweight or obese scored lower in comparison to the remaining 35% with normal BMI. Aquagym activities can improve the elderly's functional fitness, especially regarding the flexibility and mobility of upper and lower limbs.

Key words: Elderly. Motor Activity. Health of the Elderly. Functional Fitness. Aquagym.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é destacado na literatura como uma série de alterações que ocorrem no organismo ao longo da vida. Este processo provoca mudanças nas funções e estrutura do corpo e o torna mais suscetível a uma série de fatores prejudiciais, que podem ser internos ou externos.¹⁻³

O impacto do envelhecimento é influenciado pela falta de atividade física, má nutrição, presença de doenças nas fases anteriores da vida e outros fatores, que em geral provocam redução da habilidade motora, do desempenho e do rendimento motor, dificultando a execução das tarefas diárias.⁴

O exercício físico é um importante fator de promoção da saúde, imprescindível para um envelhecimento saudável. Nessa população, se faz necessário dar ênfase aos grandes grupos musculares de natureza rítmica e aeróbica, tais como nadar, andar de bicicleta, caminhadas, hidroginástica, entre outros, que melhore a aptidão física de idosos.^{5,6} Treinamento com pesos em idosos é também uma recomendação do ACMS desde 1998,⁷ pois esta prática pode reduzir a massa corporal, aumentar a massa magra e o conteúdo mineral ósseo, promovendo aumento de força, da massa muscular e da flexibilidade.^{8,9}

Programas de exercício físico podem auxiliar idosos a manter sua capacidade funcional, que está diretamente relacionada com a qualidade de vida e independência nesta população. O objetivo da presente pesquisa foi verificar a aptidão física funcional de idosos praticantes de hidroginástica.

METODOLOGIA

População e amostra

A amostra foi selecionada de forma intencional, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade acima de 60 anos, praticantes de hidroginástica no CEAF-UEM. Fizeram parte da amostra 18 idosas com idade média de $64,89 \pm 5,59$ anos.

As aulas foram ministradas sempre pelo período da tarde, numa piscina com profundidade de 1,10m, medindo 25m x 12,5m, com água na temperatura aproximada de 26 a 28°C. As aulas consistiam em quatro fases: 1 – Aquecimento (alongamento e flexibilidade, método estático, durante 5 min); 2 – Exercícios aeróbicos (corridas, deslocamentos e movimentos combinados de braços e pernas); 3 – Exercícios localizados (força/resistência dos membros superiores, inferiores e abdominais, utilizando a resistência da água, 4 – Relaxamento (caminhadas lentas, por 5 min).

Instrumentos de medida

O desfecho do presente estudo é a aptidão física funcional. Para as avaliações, utilizou-se a bateria de testes de Aptidão Física Funcional para terceira idade, elaborada por de Rikli & Jones,¹⁰ e adaptada por Morrow Jr. et al.¹¹ Essa bateria avalia os seguintes domínios: força muscular, resistência muscular, resistência aeróbia, flexibilidade e mobilidade física (agilidade, velocidade e equilíbrio).

A bateria de testes é constituída por oito testes, mas neste estudo foram utilizados apenas sete, por haver dois testes que avaliam a mesma valência física, capacidade aeróbica – o teste de andar seis minutos e o teste de marcha estacionária de dois minutos.

Os testes utilizados neste estudo foram os seguintes: Teste 1 – levantar e sentar na cadeira, avaliação de força e resistência dos membros inferiores; Teste 2 – flexão do antebraço, avaliação da força e resistência dos membros superiores; Teste 3 – estatura e peso, avaliação do IMC (índice de massa corporal); Teste 4 – sentar e alcançar, avaliação da flexibilidade de membros inferiores; Teste 5 – sentado, levantar e caminhar 4,8 m e voltar a sentar, avaliação da velocidade agilidade e equilíbrio; Teste 6 – alcançar atrás das costas, avaliação da flexibilidade dos membros superiores; Teste 7 – marcha estacionária de dois minutos, avaliação da resistência aeróbia.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no local onde são desenvolvidas as aulas. Foi pedida a permissão dos sujeitos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e do coordenador do CEAUF-UEM, através da assinatura da Carta de Autorização.

Para a coleta de dados, os testes foram assim divididos: no primeiro dia, foram realizados os

testes de levantar e sentar na cadeira e sentar e alcançar; no segundo dia, foram realizados os testes de IMC (peso e altura), alcançar atrás das costas e levantar e caminhar; no terceiro, foram realizados os testes de flexão de cúbito e marcha estacionária de dois minutos.

Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando média, desvio padrão e percentil. Para melhor compreensão dos resultados dos percentis, foram interpretados da seguinte forma: percentil 10, 25 e 50 – baixa aptidão; e percentil 75 e 90 – boa aptidão. Em relação ao índice de massa corpórea (IMC), foi utilizada a classificação de acordo com a Organização Mundial da Saúde,¹² sendo que neste estudo foi criada a categoria “Excesso de Peso”, que é a junção da classificação sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar associação índice de massa corpórea (IMC) dos avaliados com os resultados dos testes de aptidão física.

Procedimentos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética Permanente de Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, e aprovado sob o parecer nº 500/09. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados demonstram, segundo a tabela 1, que nos testes de flexibilidade dos membros superiores, flexibilidade de membros inferiores e mobilidade física, obtiveram-se uma elevada incidência de idosos classificadas com baixa aptidão física.

Tabela 1 – Resultados dos testes de aptidão física de idosos praticantes de hidroginástica, Maringá-Pr, 2009 (n= 18).

Teste	Baixa Aptidão		Boa Aptidão	
	f	%	f	%
Flexibilidade de membros superiores	14	77,78	04	22,22
Força de membros superiores	04	22,22	14	77,78
Flexibilidade de membros inferiores	10	55,56	08	44,44
Força de membros inferiores	07	38,89	11	61,11
Mobilidade física	16	88,89	02	11,11
Resistência aeróbia	08	44,44	10	55,56

A tabela 2 apresenta o índice de massa corporal da amostra de acordo com a classificação da Organização Mundial da

Saúde.¹² Verificou-se alta prevalência de excesso de peso (61,11%) entre as idosas praticantes de hidroginástica.

Tabela 2 – Índice de Massa Corporal de idosos praticantes de hidroginástica. Maringá-Pr, 2009 (n = 18).

Índice de Massa Corporal	F	%
Baixo peso	0	0
Normal	7	38,89
Excesso de peso	11	61,11

Na associação entre o índice de massa corpórea (IMC) dos avaliados com os resultados dos testes de aptidão física (tabela 3), foi verificada associação entre

excesso de peso e baixo nível de aptidão física nos testes de mobilidade física de membros inferiores, resistência aeróbia e flexibilidade de membros superiores.

Tabela 3 - Relação entre índice de massa corporal e testes de aptidão física de idosos praticantes de hidroginástica. Maringá-Pr, 2009 (n = 18).

TESTE / IMC	Peso Normal		Excesso de Peso		P
	f	%	f	%	
Flexibilidade de membros superiores					
Baixa Aptidão	4	57,14	6	33,33	0,9139
Boa Aptidão	3	42,86	5	27,78	
Força de membros superiores					
Baixa Aptidão	2	28,57	10	55,56	0,0062
Boa Aptidão	5	71,43	1	5,56	
Flexibilidade de membros inferiores					
Baixa Aptidão	4	57,14	2	11,11	0,8740
Boa Aptidão	3	42,86	9	50,00	
Força de membros inferiores					
Baixa Aptidão	5	71,43	8	44,44	0,9522
Boa Aptidão	2	28,57	3	16,67	
Mobilidade física					
Baixa Aptidão	5	71,43	11	61,11	0,0601
Boa Aptidão	2	28,57	0	0,00	
Resistência aeróbia					
Baixa Aptidão	4	57,14	10	55,56	0,0930
Boa Aptidão	3	42,86	1	5,56	

DISCUSSÃO

São descritos atualmente vários testes para a mensuração da aptidão física no adulto idoso. Neste foi utilizado o de Rikli & Jones,¹⁰ por ser mais completo, prático, replicável e de baixo custo operacional. Outra vantagem é que se trata de um teste já validado.¹³

Os níveis de aptidão da força dos membros inferiores encontrado foram baixos. Uma possível explicação é que idosos apresentam diminuição da força muscular, principalmente nos membros inferiores.¹⁴ Os baixos níveis de atividade física (sobretudo locomoção ativa) estão associados à menor força muscular dos membros inferiores. Este fato acontece pela menor utilização da musculatura com o passar dos anos, principalmente dos membros inferiores, uma vez

que os idosos diminuem a atividade física, permanecendo a maior parte do tempo sentados, com baixa locomoção.¹⁵ Sugere-se, portanto, que sejam colocadas cargas (pesos) nos membros inferiores durante a realização das aulas de hidroginástica para aumentar a força desses membros.

Foi encontrado na literatura um aumento significativo na força dos membros superiores quando avaliados através do teste de flexão de cúbito após 12 e 19 semanas de treinamento de força com pesos livres em idosos. Os resultados encontrados no presente estudo se assemelham com pesquisas que utilizaram exercícios de força específicos, podendo comparar então que, na população idosa, a hidroginástica tem efeitos semelhantes a exercícios de resistência de força muscular, muitas vezes realizado em academias.¹⁶⁻¹⁸

Em pesquisa realizada com idosos que praticavam caminhadas e outras atividades físicas, verificou boa aptidão no teste de resistência aeróbia.¹⁹ Já neste estudo, as idosas praticantes de hidroginástica obtiveram baixo desempenho no teste de resistência aeróbia, sugerindo que a hidroginástica pouco contribui para o desempenho cárdio-respiratório.

A mobilidade física parece estar relacionada com o tempo de prática de atividade física em idosos. Em estudo longitudinal de dois anos de exercício físico para idosas, não se verificou melhora estatística na mobilidade física. No entanto, em um acompanhamento de 12 anos, o programa de exercícios físicos melhorou significativamente esta capacidade física.²⁰⁻²²

No teste de flexibilidade, os resultados encontrados são semelhantes aos achados na literatura,²³ que também obtiveram resultados positivos em relação à flexibilidade em estudo com idosas que participaram de um programa de atividades de flexibilidade e alongamento por 24 semanas.

Quando analisado o IMC deste grupo, foi encontrada alta prevalência de sobrepeso e obesidade, resultado que pode estar relacionado a vários fatores como, por exemplo, má alimentação, frequência nas aulas de hidroginástica, ou ainda tipo de treinamento aplicado nas aulas, intensidade e volume da mesma.²⁴

O ganho no peso corporal e o acúmulo da gordura corporal no idoso parecem resultar de um padrão programado geneticamente, de mudanças na dieta e no nível de atividade física, relacionados a uma interação entre esses fatores.²⁵ Em contrapartida, estudo com idosas submetidas

a oito meses de treinamento com hidroginástica verificou diminuição da massa corporal e nos perímetros de cintura, glúteo, coxa e panturrilha.²⁶

No presente estudo, verificou-se associação entre o excesso de peso e baixa aptidão física nos testes de força de membros superiores ($p=0,062$). Estes resultados são compatíveis com outro estudo que verificou, em sua pesquisa com idosas praticantes de hidroginástica e natação, que a maioria das idosas com IMC acima do normal apresentou um índice de aptidão funcional geral (IAFG) baixo, enquanto a maioria das idosas com IMC normal apresentou um IAFG bom.²⁷ Da mesma forma, um estudo com 1.451 idosos verificou que a obesidade está inversamente relacionada à aptidão física dos idosos.^{28,29}

Sendo assim, sugere-se que os treinos de hidroginástica sejam reavaliados, para que haja diminuição do peso corporal, pois foi detectada relação direta entre índice de massa corporal e aptidão física.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as idosas praticantes de aulas de hidroginástica não apresentaram boa aptidão física funcional geral, sobretudo nos níveis de força muscular de membro inferior, desempenho cardiorrespiratório e flexibilidade.

Observou-se, por fim, que para melhor da aptidão física funcional e reduzir o peso corporal, é necessário reavaliar as aulas de hidroginástica, com o objetivo de aumentar gradualmente o volume e intensidade dessas, alcançando assim uma melhora progressiva das capacidades físicas funcionais da população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Santos K, et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu. *Cad Saúde Pública* 2007 nov; 23(11): 2781-8.
2. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(4): 899-906.
3. Padilha AL, Delgado EIA. Melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimfum* 2010; 1(2):76-91.
4. Albala C, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(5-6):307-322.
5. Britto RR, Santiago L, Elisa P, Pereira LSM. Efeitos de um programa de treinamento físico sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Tex Envelhec* 2005; 8(1): 9-20.
6. Ferreira L, Barbosa TD, Gobbi S, Arantes LM. Capacidade funcional em mulheres jovens e idosas: projeções para uma adequada prescrição de exercícios físicos. *Rev Educ Fís* 2008;19(3): 403-412.
7. American College of sports Medicine (ACSM). Position Stand on The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998; 30:975-91.
8. Santos CF, et al. Avaliação da composição corporal por DEXA em homens com idade superior a 60 anos submetidos a um programa de treinamento com pesos. *Rev Bras Med* 2010; 67: 141-146.
9. Hunter GR, McCarthy JP, Bamman MM. Effects of resistance training on older adults. *Sports Med* 2004; 34(5):329-348.
10. Rikli RE, Jones CJ. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *J Aging Phys Activity* 1999;7(2): 129-161.
11. Morrow Jr JR. Medida e avaliação do desempenho humano. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
12. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1997.
13. Rikli RE, Jones CJ. Reliability, validity, and methodological issues in assessing physical activity in older adults. *Res Q Exerc Sport* 2000; 71(4): 89-96.
14. Matsudo SMM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. *Rev Bras Med Esporte* 2003; 9(6): 365-376.
15. Krause MP, Buzzachera CF, Hallage T, Pulner SB, Silva SG da. Influência do nível de atividade física sobre a aptidão cardiorrespiratória em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esporte* 2007; 13(2) 97-102
16. Kura GG, Ribeiro LSP, Niquetti R, Filho HT. Nível de atividade física, IMC e índices de força muscular estática entre idosas praticantes de hidroginástica e ginástica. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum* 2003; 7(2):30-40.
17. Buzzachera CF, et al. Efeitos do treinamento de força com pesos livres sobre os componentes da aptidão funcional em mulheres idosas. *Rev Educ Fís.* 2008; 19(2):195-203.
18. Teixeira DC, Prado Junior SRR, Lima DF, Gomes SC, Brunetto AF. Efeitos de um programa de exercício físico para idosas sobre variáveis neuromotoras, antropométrica e medo de cair. *Rev. Bras. Educ Fís Esp.* 2007; 21(2):107-120.
19. Gonçalves R, Gurjão ALD, Gobbi S. Efeitos de oito semanas do treinamento de força na flexibilidade de idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2007; 9(2):145-153.
20. Júnior JPS, et al. Estabilidade das variáveis de aptidão física e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de 50 a 89 anos. *Rev Bras. Cineantropom Desempenho Hum* 2011; 13(1):8-14.
21. Pauli JR, Souza LS, Zago AS, Gobbi S. influência de 12 anos de prática de atividade física regular em programa supervisionado para idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 11(3):255-60.
22. Mendonça TT, Ito RE, Bartholomeu T, Tinucci Forjaz CLM. Risco cardiovascular, aptidão física e prática de atividade física de idosos de um parque de São Paulo. *Rev Bras Ciênc Movim* 2004; 12(2):19-24.
23. Varejão RV, Dantas EHM, Matsudo SMM. Comparação dos efeitos do alongamento e do flexionamento, ambos passivos, sobre os níveis de flexibilidade, capacidade funcional e qualidade de vida do idoso. *Rev Bras Ciênc Movim* 2007; 15(2):87-95.

24. Valle RGR. Programa de atividade física para terceira idade e sua relação com as medidas antropométricas e aptidão física. *Rev Bras Obes Nut Emagrecimento* 2007; 1(4):71-76.
25. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciênc Movim* 2000; 8(4): 21-32.
26. Gubiane GL, Neto CSP, Petroski EL, Lopes AS. Efeitos da hidroginástica sobre indicadores antropométricos de mulheres entre 60 e 80 anos de idade. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2001; 3(1): 34-41.
27. Mazo GZ, Kulkamp W, Lyra VB, Prado APM. Aptidão funcional geral e índice de massa corporal de idosas praticantes de atividade física. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2006; 8(4): 46-51.
28. Barreto SM, Passos VMA, Lima-Costa MFF. Obesidade e baixo peso entre idosos brasileiros: projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(2): 605-612.
29. Melo GF, Giavoni A. Comparação dos efeitos da ginástica aeróbica e da hidroginástica na composição corporal de mulheres idosas. *Rev Bras Ciênc Movim.* 2004; 2(2): 13-18.

Recebido: 19/4/2011

Revisado: 11/8/2011

Aprovado: 4/10/2011

Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade

Importance given to sex by the elderly in the city of Porto Alegre and association between self-health perception and the feeling of happiness

Carina Corrêa Bastos¹
 Vera Elizabeth Closs¹
 Adriane Miró Vianna Benke Pereira¹
 Caroline Batista¹
 Fábio Armani Idalêncio¹
 Geraldo Attilio De Carli²
 Irênio Gomes²
 Rodolfo Herberto Schneider²

Resumo

Introdução: O envelhecimento da população tem ocasionado transformações na vida cotidiana dos idosos, revelando a necessidade de uma constante revisão das necessidades deste segmento populacional, dentre as quais aquelas relativas às manifestações da sexualidade. Aspectos relacionados à sexualidade dos idosos brasileiros ainda são pouco conhecidos, e envolvem mitos e preconceitos a serem superados. **Objetivos:** Verificar a importância atribuída ao sexo por idosos da cidade de Porto Alegre-RS, Brasil, e analisar a associação com a autopercepção de saúde e sentimento de felicidade. **Métodos:** Pesquisa realizada a partir da análise do banco de dados do Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre (EMIPOA), com 1.078 indivíduos de 60 anos de idade ou mais. **Resultados:** Participaram do estudo 938 idosos, com idades entre 60 e 95 anos, dos quais 542 (57,8%) consideraram o sexo muito importante ou importante. Houve diferença significativa ($p < 0,001$) na importância dada ao sexo por homens e mulheres, e não se observou associação significativa entre importância atribuída ao sexo e sentimento de felicidade ($p = 0,299$). **Conclusão:** O sexo é considerado importante por grande parte dos idosos, tema que poderia ser abordado mais amplamente por profissionais da saúde.

Palavras-chave:

Sexualidade. Sexo. Idosos. Saúde. Felicidade.

Abstract

Introduction: Ageing has brought many modifications into the life of elderly people revealing the necessity of a close assistance to their needs and among them there is the very special one focusing their sexual activity. Sexual aspects about Brazilian elderly are still little known, involving myths and prejudice to be overcome. **Objective:** verify the degree of importance given to sex by the elderly in Porto Alegre city, RS, Brazil and analyze the association between self-health perception and the feeling of happiness. **Methods:** Research was done through the analysis

¹ Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Porto Alegre, RS, Brasil.

of the Multidimensional Study of the Elderly Database of Porto Alegre (EMIPAO) involving 1,078 individuals aged 60 and over. Results: Study conducted with 938 elderly people aged 60-95 years; 542 (57,8%) considered sex very important and important. There was a significant difference ($p < 0,001$) in the importance given to sex by men and women and no significant association between the importance given to sex and the feeling of happiness ($p = 0,299$) was observed. *Conclusion:* Sex is considered important by a great number of old people, that is open to a more profound study for sure.

Key words: Sexuality. Sex. Elderly. Health. Happiness.

INTRODUÇÃO

Pesquisas e estudos populacionais vêm informando à sociedade que o envelhecimento da população tem proporções significativas.¹ No Brasil, a literatura mostra um aumento percentual de idosos, que somam 11,1% da população, perfazendo um total de 21 milhões de pessoas.²

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera idosos os indivíduos com 60 anos ou mais,¹ mesmo limite de idade considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento.¹ As projeções indicam que a população idosa aumentará, continuamente, aproximando-se de 20% da população total brasileira em 2050.²

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à queda nas taxas de fecundidade e mortalidade. Isso vem ocasionando mudanças na estrutura etária, com diminuição relativa da população mais jovem e aumento proporcional dos idosos.³

Este fenômeno mundial tem ocasionado transformações na vida cotidiana dos idosos em diferentes aspectos e várias mudanças já estão sendo sentidas de forma bastante concreta, revelando a necessidade de constante revisão das necessidades deste segmento populacional.¹ Entre essas necessidades encontram-se, também, as relativas às manifestações da sexualidade.⁴

A forma de expressão da sexualidade e o desejo por momentos de intimidade são complexos, já que sofrem influência de fatores biopsicossociais,

econômicos, culturais, religiosos e espirituais. A noção de saúde sexual, como a de saúde física, não é simplesmente a ausência de disfunção ou doença sexual, mas um estado de bem-estar sexual que inclui aproximação positiva de um relacionamento e antecipação de uma experiência prazerosa sem medo, vergonha, violência ou coação.⁵

Na cultura brasileira, vários mitos e atitudes sociais são atribuídos às pessoas idosas, dificultando a manifestação da sexualidade em suas vidas.⁶ Segundo a psicogerontologia, a experiência subjetiva do envelhecimento é amplamente influenciada pela ideologia cultural. A vivência subjetiva é marcada pela inevitabilidade das modificações corporais e das competências físicas, pelas modificações em nível dos recursos cognitivos e adaptativos, pelas alterações de papéis e da posição nas hierarquias sociais, assim como pelo impacto negativo de atitudes e estereótipos relativos ao envelhecimento. A crença na progressiva e generalizada incompetência, assim como na impotência sexual dos idosos, é parte intrínseca desses estereótipos. Acuados entre as múltiplas exigências adaptativas que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo aqueles relativos à sexualidade que a sociedade atentamente vigia e sanciona.⁷

A sexualidade na velhice é vista como tabu para os que têm idade mais avançada, pois a sociedade ainda concebe que apenas aos mais novos é dada a possibilidade de manifestar sua sexualidade,

relegando o idoso à abstinência sexual. Assim, pode até existir um desejo de ir ao encontro do outro por parte dos idosos, mas não há motivação suficiente, pois acreditam que, se o fizerem, serão estigmatizados como pervertidos a partir dos ditames que lhes são impostos.^{8,9}

No entanto, a sexualidade faz parte da vida dos seres humanos, estando presente em todas as fases do desenvolvimento, desde o nascimento até a morte. A função sexual continua por toda a vida, mesmo no envelhecimento, embora a sexualidade sob a perspectiva da vivência e o envelhecimento sejam vistos como incompatíveis.⁴

Há escassez de relatos sobre o significado do relacionamento sexual para idosos, embora os poucos estudos publicados mostrem que o interesse e atividade sexuais persistam no envelhecimento.¹⁰ Um dos primeiros estudos qualitativos a envolver idosos, diretamente na discussão sobre sexualidade e saúde sexual, tem mudado este paradigma, por identificar que o sexo representa importante aspecto para a qualidade de vida no envelhecimento.¹¹

Nesse contexto, será apresentada uma análise de dados relativos à sexualidade dos participantes do Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre (EMIPOA), partindo da hipótese de que esta seja uma questão que permanece importante com o avançar da idade.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, de base populacional, com idosos (60 anos ou mais) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este estudo fez parte do Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre (EMIPOA), realizado pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) – PUCRS, no período de janeiro a setembro de 2006.

O tamanho da amostra foi calculado para 1.092 idosos, baseando-se no número de indivíduos avaliados em estudo anterior (1995), que estudou 0,69% da população de idosos, de

acordo com as estimativas de variação populacional para 2005, para cada bairro da cidade de Porto Alegre, atualizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os entrevistados foram recrutados de forma estratificada e proporcional por região censitária, com seleção aleatória do primeiro domicílio de cada região e sistematizada dos demais, sendo sorteado um idoso por domicílio. Foram excluídos idosos acamados, com impossibilidade de locomoção, com déficit cognitivo ou transtorno psiquiátrico severo e os que se recusaram a participar da pesquisa. Aplicou-se um questionário com dados socioeconômicos e de saúde, em 1.078 idosos, por profissionais treinados do Serviço Social da PUCRS, nas residências escolhidas. Dos dados coletados, relacionaram-se questões sobre sexo, estado civil, faixa etária, autopercepção de saúde, importância do sexo, sentimento de felicidade e formas de manifestação da sexualidade. A questão abrangendo opinião sobre o sexo foi reagrupada da seguinte forma: a opção de resposta “muito importante” permaneceu; as opções “natural”, “necessário” e “igual às outras idades” foram agrupadas no termo “Importante”; as opções “menos intenso”, “desnecessário” e “indiferente” foram agrupadas no termo “Pouco Importante”. Já na questão que abrangeu autopercepção de saúde, as opções de resposta, que eram “ótima”, “boa”, “regular”, “má” e “péssima”, foram reorganizadas da seguinte forma: boa (ótima ou boa), regular (regular) e ruim (má ou péssima).

Os dados foram organizados em um banco de dados e, posteriormente, analisados com o programa estatístico SPSS, versão 11. Os testes estatísticos utilizados foram o teste do qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas não ordinais, e o teste de tendência linear do qui-quadrado para as variáveis categóricas ordinais. Em atendimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde,¹² o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, tendo sido aprovado sob o nº 31/2006, e todos os idosos participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 1.078 idosos entrevistados no EMIPPOA, 938 (87%) responderam à questão: *é feliz na maior parte do tempo?* Estes foram considerados para o estudo e os demais excluídos da amostra. Dos incluídos, 527 (56,2%) deram parecer quanto à importância atribuída ao sexo, e 411 (43,8%) se omitiram. A amostra foi constituída de 661 (70,5%) mulheres e, em relação ao estado civil, 359 (38,3%) eram viúvos e 357 (38,1%), casados. A idade variou de 60 a 95 anos, sendo que 420 (44,8%) dos idosos se encontravam na faixa etária de 60 a 69 anos.

Noventa por cento dos idosos relataram felicidade na maior parte do tempo. Não foi observada diferença significativa nesta frequência em relação ao sexo e a faixa etária (tabela 1). Foi observada tendência ao sentimento de felicidade ser maior entre os idosos casados ($P=0,097$). Entre as manifestações da sexualidade, “carinhos e toques” e “atenções especiais” foram as opções mais escolhidas (83,6%), não havendo associação entre esta variável e o sentimento de felicidade. Na relação entre sentimento de felicidade e autopercepção de saúde, 94,1% dos idosos que

relataram boa saúde sentiam-se felizes na maior parte do tempo, enquanto que, entre os que relataram saúde ruim, o percentual desse sentimento se reduziu para 70,5% ($P<0,001$).

Dos indivíduos estudados, 542 (57,8%) consideraram o sexo “muito importante” ou “importante” (tabela 2). O sexo foi considerado muito importante por 16,6% dos homens e 7,0% das mulheres, e pouco importante por 30,3% dos homens e 47,2% das mulheres, sendo esta diferença entre os sexos estatisticamente significativa ($P<0,001$). Não se observou associação significativa entre o estado civil e a importância atribuída ao sexo. Observou-se que quanto maior a idade, menor importância é atribuída ao sexo ($P<0,001$). Em relação à manifestação da sexualidade, quando esta é por “atenções especiais” a importância do sexo é menor, sendo maior quando é por “relações sexuais” ($P<0,001$).

Houve a tendência de se atribuir maior importância ao sexo por aqueles que possuem melhor percepção de saúde ($P=0,066$). No presente estudo, não se observou associação entre o sentimento de felicidade e a importância atribuída ao sexo ($P=0,299$).

Tabela 1 - Frequência do relato de sentimento de felicidade na maior parte do tempo, de acordo com as características demográficas, a forma de manifestação da sexualidade e a autopercepção de saúde, em 938 idosos (60 anos ou mais) residentes no município de Porto Alegre, RS.

Variável	População N (%)	Relato de felicidade %	P
Sexo			
Masculino	277 (29,5)	91,0	0,511*
Feminino	661 (70,5)	89,6	
Estado civil			
Solteiro	139 (14,8)	89,9	0,097*
Casado	357 (38,1)	92,2	
Viúvo	359 (38,3)	89,4	
Separado	83 (8,8)	83,1	
Idade			
60-69 anos	420 (44,8)	89,0	0,659 ^s
70-79 anos	356 (37,9)	90,4	
80 anos ou mais	162 (17,3)	91,4	
Manifestação da sexualidade			
Atenções especiais	220 (41,8)	90,5	0,964*
Carinhos e toques	221 (41,9)	90,5	
Relações sexuais	86 (16,3)	89,5	
Autopercepção de saúde			
Saúde boa	459 (48,9)	94,1	<0,001 ^s
Saúde regular	401 (42,8)	89,0	
Saúde ruim	78 (8,3)	70,5	
TOTAL	938 (100)	90,0	

* Valor de P calculado pelo teste do qui-quadrado de Pearson.

^s Valor de P calculado pelo teste de tendência linear do qui-quadrado.

Tabela 2 - Distribuição do grau de importância atribuído ao sexo, de acordo com as características demográficas, a forma de manifestação da sexualidade, a autopercepção de saúde e a sensação de felicidade, em 938 idosos (60 anos ou mais) residentes no município de Porto Alegre, RS.

Variáveis	Importância atribuída ao sexo			P
	Muito importante %	Importante %	Pouco importante %	
Sexo				
Masculino	16,6	53,1	30,3	<0,001*
Feminino	7,0	45,8	47,2	
Estado civil				
Solteiro	10,8	41,7	47,5	0,116*
Casado	11,5	51,5	37,0	
Viúvo	8,1	45,7	46,2	
Separado	8,4	53,0	38,6	
Idade				
60-69 anos	11,9	55,0	33,1	<0,001 [§]
70-79 anos	9,8	43,3	46,9	
80 anos ou mais	4,3	40,1	55,6	
Manifestação da sexualidade				
Atenções especiais	7,7	51,8	40,5	<0,001*
Carinhos e toques	16,7	52,5	30,8	
Relações sexuais	15,1	69,8	15,1	
Autopercepção de saúde				
Saúde boa	11,3	51,0	37,7	0,066 [§]
Saúde regular	8,2	45,9	45,9	
Saúde ruim	9,0	41,0	50,0	
Sensação de felicidade				
Sim	11,7	40,4	47,9	0,299*
Não	9,6	48,8	41,6	
TOTAL	9,8	48,0	42,2	

* Valor de P calculado pelo teste do qui-quadrado de Pearson.

[§] Valor de P calculado pelo teste de tendência linear do qui-quadrado.

DISCUSSÃO

A sexualidade humana é, ainda hoje, uma área de investigação pouco explorada, e o número de pesquisas sobre o assunto associado ao envelhecimento é incipiente. Nos últimos dez anos, grande número de estudos tem investigado a prevalência de problemas sexuais entre os idosos,

com foco mais voltado para as alterações sexuais masculinas, como a disfunção erétil e a ejaculação precoce.¹⁰ Grande parte das pesquisas aborda a perspectiva biológica ou médica da sexualidade humana presumindo que, conforme as pessoas envelhecem, mudanças físicas, hormonais e doenças crônicas reduzem ou eliminam a libido e o comportamento sexual.¹³ Essas alterações

físicas e hormonais podem estar relacionadas à auto percepção de saúde nos idosos.¹⁴

No Brasil, os estudos que abordam sexualidade são ainda mais escassos. O Ministério da Saúde, em sua publicação *Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (n. 19), enfatiza a necessidade de se lidar com a questão sexual desta população devido não só ao envelhecimento populacional e crescimento das doenças transmissíveis (Aids, em especial) entre indivíduos com mais de 60 anos, mas também por se tratar de elemento importante para a qualidade de vida deste grupo etário.¹⁵

No Reino Unido, em estudo envolvendo 21 homens e 23 mulheres com idade entre 50 e 92 anos, avaliando qualitativa e quantitativamente os dados sobre a prioridade do sexo na idade avançada, observou-se que todos os indivíduos que tinham um parceiro sexual atribuíram ao sexo certa importância.¹¹ Fato semelhante foi observado no presente estudo, onde os casados atribuíram maior importância ao sexo, embora este dado não tenha mostrado associação significativa.

A importância conferida ao sexo diminui à medida que aumenta a presença de problemas relacionados à saúde.¹¹ No presente estudo, observou-se que indivíduos que possuem melhor percepção de saúde tendem a atribuir maior importância ao sexo. Segundo Gott et al., o sexo pode deixar de ser importante quando há intercorrências como a morte do cônjuge ou doença grave.⁶

Além das mudanças físicas naturais durante o processo de envelhecimento, os indivíduos estão mais susceptíveis a problemas de saúde como diabetes mellitus e hipertensão. Tais doenças podem impactar negativamente sobre a prática sexual, já que a má circulação causada por elas influencia tanto na libido sexual quanto na ereção. Entretanto, desfrutar de boa saúde não consiste em impedimento para que a pessoa mantenha atividade sexual, podendo esta sofrer modificações ao longo da vida.¹⁶ A terapia farmacológica utilizada em idosos também pode contribuir para o surgimento de alterações sexuais.¹⁷

Ainda em relação à importância atribuída ao sexo e percepção de saúde, Freedman afirma que a forma que o idoso tem a respeito da sua imagem corporal durante o envelhecimento exerce influência no seu comportamento e na sua autoestima.¹⁸

Nicolosi et al., em estudo multicêntrico realizado em 29 países entre 2001 e 2002, envolvendo 4.977 homens e 5.023 mulheres com idade entre 40 a 80 anos, observaram que 18% da população mostraram perda de interesse pelo sexo; 17% dos homens e 23% das mulheres afirmaram que “pessoas idosas não desejam sexo por mais tempo. Já no presente estudo, observou-se que 30,3% dos homens e 47,2% das mulheres consideraram o sexo pouco importante, sendo este percentual maior quando comparado ao estudo realizado por Nicolosi et al.¹⁹

Os resultados aqui obtidos são concordantes com os obtidos por Lindau et al. em 2007 sobre a prevalência de atividade sexual em amostra de 3.005 indivíduos (1.550 mulheres e 1.455 homens) nos Estados Unidos, em que 35% das mulheres consideraram o sexo como sendo “não tão importante” quando comparado à opinião de 13% dos homens.²⁰ Esse achado pode ser atribuído a questões culturais e de educação, pois os diferentes papéis de gêneros ficaram mais evidentes, sobretudo na relação da moral com a questão sexual. Assim, a moralidade conduzia a experiências sexuais masculinas, enquanto procurava restringir a sexualidade feminina.²¹

Embora ocorram modificações no corpo do homem e da mulher durante o processo normal de envelhecimento, as mulheres percebem as alterações sexuais advindas da idade com menos impacto no exercício sexual.²² Por ser uma função fisiológica, a atividade sexual é comumente confundida com o ato sexual, não sendo observadas outras formas de manifestação da sexualidade, como demonstrações de carinho, afeto, companheirismo e ternura.²³

No entanto, em pesquisa realizada com idosos que frequentavam a Universidade da Terceira Idade na Universidade Metodista de Piracicaba em 1992,

verificou-se que eles sentiam necessidade de atrair o sexo oposto, mas esta atração está mais ligada à necessidade de querer conviver com outra pessoa do que propriamente com o ato sexual.²⁴ Desta forma, fica demonstrada uma manifestação da sexualidade mais relacionada ao campo sentimental.

Em relação ao aspecto físico da sexualidade, como o toque, o abraço ou as carícias, os viúvos relataram sentir falta dessa proximidade,²⁵ fatores que, no presente estudo, têm relação com o sentimento de felicidade. Neste aspecto, observou-se que 41,7% dos idosos diziam manifestar sua sexualidade através de atenções especiais, 41,9 %, através de carinhos e toques e 16,3%, através de relações sexuais.

Estudo brasileiro realizado por Silva acerca da manifestação da sexualidade, envolvendo 36 indivíduos, em sua maioria mulheres, com média de idade de 70 a 75 anos, participantes do Grupo de Educação e Saúde (GES) da Divisão de Medicina de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMR-HCFMUSP), focou as alterações na função sexual dos idosos e as expectativas dos mesmos com relação à sexualidade. Silva concluiu que a forma de estímulo mais citada foi a de carícias (56%), seguida por carícias e beijos (22%).²⁶ No presente estudo, observou-se que 41,9% dos idosos manifestaram preferência por carinhos e toques como forma de demonstração da sexualidade.

Pesquisas acerca do desejo sexual ainda são conflitantes. Há estudos na literatura indicando que o desejo sexual decresce com a idade, enquanto outros referem não ocorrer mudança na sexualidade com o avançar da idade, desde que a saúde permaneça preservada.¹³

Além das dificuldades inerentes à abordagem de assuntos envoltos pelo tema sexualidade, podem ser apontadas limitações de caráter metodológico neste estudo. Por ser um estudo

retrospectivo, ressalta-se a impossibilidade de incluir variáveis que poderiam auxiliar na análise dos resultados e as perdas decorrentes de dados incompletos nas respostas dos idosos. Existe também o risco de vieses ou distorções por parte do investigador ao questionar retrospectivamente, baseado na memória do idoso. Independentemente dessas limitações, o presente estudo concluiu que o sexo não é fator determinante para o sentimento de felicidade dos idosos, embora o sexo tenha sido percebido de forma positiva pela maior parte da população avaliada, mostrando não haver estagnação do desejo sexual com o envelhecimento.

CONCLUSÃO

Embora o processo de envelhecimento passe por mudanças físicas, bioquímicas e funcionais que podem exercer influência no sentido de reduzir a atividade sexual, muitos idosos ainda apresentam importante interesse sexual aos 70, 80 e mesmo 90 anos de idade.¹¹ No entanto, esse interesse pode ser manifestado de outras formas, como carinhos, toques e companheirismo.

Sendo os idosos um percentual expressivo de usuários do sistema de saúde, é importante que os profissionais de saúde questionem sobre a vida sexual desses indivíduos, para que se sintam confiantes e possam receber orientação, vislumbrando melhor qualidade de vida. Vale salientar que os profissionais de saúde não têm ainda, na rotina diária, o hábito de questionar aspectos ligados à sexualidade dos idosos.²⁷

Estudos abordando o tema sexualidade ainda são incipientes na literatura, com poucos autores que abordam esta temática, inclusive no Brasil. Dessa forma, investigações se fazem necessárias, visto que ainda existem preconceitos em torno desse assunto, tanto por parte dos profissionais da saúde e pela sociedade quanto pelos próprios idosos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais . Rio de Janeiro : IBGE; 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/indic_sociais2009.pdf
2. Pereira AMVB, Schneider RH, Schwanke CHA. Geriatria, uma especialidade centenária. *Scientia Medica* 2009; 19(4):154-161.
3. Pavarini SCI, et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Text & Context* 2005; 14:398-402.
4. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Rev Bras de Geriatr Gerontol* 2007;10:101-13.
5. Rheume C, Mitty E. Sexuality and Intimacy in older adults. *Geriatric Nursing* 2008; 29:342-49.
6. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practioners attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med* 2004; 58:2009-13.
7. Vasconcelos D, et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas. *Estud Psicol* 2004; 9(3):413-419.
8. Lowndes L. Como fazer qualquer pessoa se apaixonar por você. 9 ed. Rio de Janeiro: Record; 2002.
9. Biddulph S. Por que escolhi você? São Paulo: Fundamento; 2003.
10. Moreira Jr, et al. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sao Paulo Med J* 2005; 123:234-41.
11. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med* 2003; 56:1617-28.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 5 a 10 de outubro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
13. De Lamater JD. Sexual desire in later life. University of Michigan. *J Sex Res.* 2005; 42:138-49.
14. Negreiros MA. Prevenção do declínio cognitivo. In: Negreiros TCGM, organizador. *A nova velhice: uma visão multidisciplinar.* Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Envelhecimento saúde da pessoa idosa. Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n° 19 Brasília: MS; 2006.
16. Almeida AB. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. Risman A. Sexualidade e o homem idoso. *Arq Geriatr Gerontol* 1996; 10(1):123-4.
18. Freedman R. Meu corpo, meu espelho. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994.
19. Nicolosi A, et al. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol* 2006; 24:423-28.
20. Lindau ST, et al. A Study of sexuality and health among older adults in the United States. *The N Engl J Med* 2007;357:762-74.
21. Marques B. Íntimo e especial. *Rev Vida e Saúde* 2002; 64(3):48-9.
22. Patrizzi LJ. Um certo clima. *Rev Vida Saúde* 2004;66(9):18-20.
23. Dantas JMR, et al. Lazer e sexualidade no envelhecer. *Estud Psicol.* 2004; 9:413-19.
24. Simões R. Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo do idoso. Piracicaba:Unimep; 1998.
25. Argimon IL, Vitola JC. Estratégias para facilitar a convivência. In: Dornelles B, Costa GJC. *Investindo o envelhecimento saudável.* Porto Alegre:EDIPUCRS; 2003.
26. Silva RMO. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. *Acta fisiátrica* 2003; 10:107-12.
27. Gradim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm* 2007;12:204-13.

Recebido: 08/11/2010

Revisado: 19/7/2011

Aprovado: 13/9/2011

Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista

Perceptions of a group of elderly on the fact of not seeing the dentist regularly

Alexandre Fávero Bulgarelli¹
Soraya Fernandes Mestriner²
Ione Carvalho Pinto¹

Resumo

Ainda existe no imaginário coletivo a ideia de que idosos não necessitam de assistência odontológica, pois são em sua maioria desdentados e usuários de dentaduras. Assim, a pergunta desta pesquisa é: Qual o motivo que faz com que muitos idosos não consultem regularmente o cirurgião-dentista? O objetivo foi levantar e analisar os motivos que fazem com que idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família não consultem regularmente o dentista. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem metodológica quantitativa realizada por meio de entrevistas domiciliares semiestruturadas aplicadas em 149 idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto, SP. Os dados foram analisados e sistematizados por meio da técnica da Análise de Conteúdo, e para a análise quantitativa foram realizadas análises bivariadas com associações significantes baseadas em valor de $p \leq 0,05$. Houve associação estatisticamente significativa entre visita ao dentista e idade ($p = 0,025$), e observou-se que idosos com idades mais avançadas relataram ir menos ao dentista. Alguns dos motivos alegados foram: medo, dificuldade financeira, falta de tempo, além de falta de sintomatologia dolorosa nos dentes devido ao uso de dentaduras. Concluiu-se que os motivos alegados estão associados a aspectos sociais e culturais que devem ser analisados frente ao cuidado na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Saúde bucal. Saúde do idoso. Autopercepção. Atenção Primária à saúde.

Abstract

It is still common sense the idea that the elderly do not need dental care because they are largely toothless and denture wearers. Thus the research question is: What is the reason that makes many elderly people do not see the dentist regularly? This study aimed to find and analyze the reason that makes the elderly, enrolled in a family health care center, do not visit the dentist regularly. It is a

Key words: Oral health. Health of the elderly. Self concept. Primary Health Care.

¹ Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Departamento de Clínica Infantil e Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo - USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

descriptive and exploratory with a quanti-qualitative approach using household semi-structured interviews applied to 149 elderly enrolled at a family Health Unity in Ribeirão Preto city, SP, Brazil. Data were analyzed and standardized by the Content Analysis technique and for the quantitative analysis it was performed bivariate analysis based on $p \leq 0.05$. There was significant association between dentist visit and age ($p = 0,025$), and it was observed that higher age elderly related going to the dentist few times. Some of the reasons were: fear, financial difficulties, absence of time, and absence of tooth pain and denture wear. It was concluded that these reasons are related to the social and cultural aspects that needs to be analyzed within the primary health care.

INTRODUÇÃO

Os idosos estão ocupando espaços antes não explorados pela mesma faixa etária por gerações passadas, como academias de ginásticas, universidades, escolas de idiomas, bem como o espaço do exercício profissional. Isso é possível e está acontecendo como consequência da expectativa de vida do brasileiro, que na atualidade firma-se em 73,1 anos de vida e tende a aumentar.¹

Mais anos vividos com qualidade de vida refletem mudanças no perfil da população que vem envelhecendo lentamente. Mais qualidade de vida está diretamente associada à melhor nutrição, que por sua vez, dentre outros aspectos, é proporcional a uma adequada mastigação que se estabelece de acordo com a presença de dentes e/ou reabilitações protéticas desempenhando suas funções adequadamente.²

Como os idosos estão atingindo idades cada vez mais avançadas, a cavidade bucal deve manter-se saudável e desempenhando suas funções por mais tempo, acompanhando a expectativa de vida da população. Dito de outra forma, a saúde bucal tem que acompanhar a expectativa de vida da população, e profissionais da saúde bucal de idosos devem estar atentos a este fato. A promoção da saúde e a prevenção de doenças da cavidade bucal devem estender-se até a velhice e não serem negligenciadas como o eram poucos anos atrás.³ Portanto, a adequada manutenção dos dentes e/ou próteses na cavidade bucal se torna um desafio para a população idosa e para a categoria de profissionais da saúde bucal.

O Brasil, desde 1994, vivencia a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde. Tal mudança vem com a Estratégia de Saúde da Família, estratégia cujo intuito é reorganizar a atenção básica, incluindo assim a saúde bucal na sua agenda assistencial.³ É na Estratégia de Saúde da Família que as ações coletivas de saúde bucal encontram espaço para ir ao encontro dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre tendo como conceito a equidade, levando saúde bucal àqueles que mais necessitam. Neste caso, os idosos são um grupo que deve ser priorizado na atenção à saúde bucal.

Compreendendo a manutenção da saúde bucal como um desafio e algo contínuo para a saúde das populações até a fase da velhice, é necessário buscar constantemente novos sentidos e aspectos relacionados à saúde bucal de idosos. Uma maior atenção à saúde bucal deve sempre ser encorajada nos serviços de saúde e nas universidades, para que as mesmas realizem projetos de educação em saúde e promovam a saúde das pessoas idosas.⁴ Nessa lógica, a visita do idoso ao dentista se torna fundamental para que ações de educação em saúde proporcionem a autopercepção e a autoproteção da saúde, conscientizando as pessoas sobre a necessidade de cuidados com a saúde bucal.⁵

Frente à questão da pesquisa, que está associada à compreensão de certos motivos que fazem com que muitos idosos não consultem regularmente o cirurgião-dentista, o objetivo da presente pesquisa é descrever e analisar as percepções desses idosos frente aos motivos que os fazem não consultar regularmente um cirurgião-dentista de uma Unidade de Saúde da Família.

MATERIAL E MÉTODO

Esta é uma pesquisa desenhada metodologicamente por uma abordagem quanti-qualitativa descritiva e exploratória baseada em entrevistas semidirigidas e domiciliares realizadas no ano de 2010, com idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Ribeirão Preto-SP. Todos os idosos cadastrados na unidade compunham um universo populacional de 512 idosos. Deste universo, 149 idosos afirmaram, em contato prévio com o pesquisador responsável, não consultar regularmente o cirurgião-dentista da unidade e estes compuseram a amostra intencional da pesquisa. Os idosos foram entrevistados em suas casas e as entrevistas seguiram um roteiro estruturado contendo perguntas como: *Por que o Sr(a) não vai regularmente ao dentista da unidade de saúde? O Sr(a) acha importante ter um dentista na unidade, por quê? O Sr(a) pensa ser necessário ir ao dentista da Unidade de Saúde da Família aqui do bairro, por que?* As respostas foram gravadas e transcritas para construção do *corpus* de análise.

Os dados qualitativos foram sistematizados segundo a Análise de Conteúdo, categoria temática que é uma análise transversal que recorta o conjunto das entrevistas por meio de categorias projetadas sobre o conteúdo, e os textos provenientes das falas constituem o *corpus* para análise. Segundo esta técnica de análise, os dados brutos (textos provenientes das transcrições das falas) passam por um processo de recorte, enumeração e classificação, sendo assim construídas categorias a serem discutidas. Com esta técnica de análise, as leituras iniciais dos discursos (leitura flutuante) vão se tornando precisas em função de hipóteses que vão emergindo em relação ao objetivo e objeto da pesquisa.⁶

Após o tratamento inicial, buscaram-se unidades de registro. Para tal foi utilizado o tema como unidade de registro, no entendimento de que um tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, sendo um recorte do sentido da fala, e não uma manifestação formal e regulada. A partir deste momento, chegou-se às categorias de análise que

representaram as percepções dos idosos frente à questão da pesquisa. Entendeu-se o processo de categorização como a etapa da análise de conteúdo composta por uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto (unidades de registros) por diferenciação e reagrupamento que representa a organização em um sistema de categorias.⁶

Construídas as categorias de análise, as mesmas foram transformadas em indicadores qualitativos,⁷ quantificados e associados às variáveis idade e sexo. Dito de outra forma, as percepções dos idosos foram transformadas em indicadores qualitativos para análise. Em uma contextualização quantitativa e descritiva, a estatística bivariada foi fundamental, pois permitiu a descrição e associação das variáveis com a significância estatística, baseada segundo valor e $p \leq 0,05$.

Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos, e teve seu projeto aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CEP/Protocol. 3.245/2009). Cabe observar que a liberdade dos idosos foi imperativa para a realização do estudo e não houve recusas de participação. O consentimento em participar livremente foi estabelecido com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se afirmar que a população estudada teve maior representatividade feminina, pois dos 149 idosos, 52 (34,8%) eram homens e 97 (65,2%), mulheres. Observou-se, portanto, que a maior representatividade da mulher na amostra vem ao encontro de um fato real nas populações mundiais, que é a feminização da velhice, que proporciona uma visão mais feminina das questões abordadas em pesquisas com idosos.^{8,9} No presente estudo, de acordo com a busca por associações estatísticas, não houve diferenças significantes entre as respostas das idosas e dos idosos, o que por sua

vez estabelece uma relação homogênea entre o ponto de vista dos diferentes gêneros entrevistados.

Em uma ótica da relação com a busca pelo atendimento odontológico, registra-se que em idades mais avançadas os idosos relataram consultar o dentista com menor frequência.

Houve associação estatisticamente significativa entre relato de não consultar periodicamente o dentista e idade ($p=0,025$), onde idosos mais velhos procuram menos o dentista (tabela 1). Na retórica da consulta periódica ao dentista da unidade, constatou-se que os homens e as mulheres têm atitudes semelhantes (sem diferenças estatísticas significantes).

Tabela 1- Não-consulta ao dentista segundo idade. Idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2010.

Idade \ Não Consulta	60 a 69		70 a 79		80 e +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	18	34,6	27	51,9	7	13,5	52	100
Feminino	41	42,2	45	46,4	11	11,4	97	100

Segundo Salles,¹⁰ 87,0% dos idosos de seu estudo não procuravam assistência odontológica com frequência, dado que se assemelha ao presente estudo.

Ainda em uma contextualização quantitativa, os motivos que emergiram das categorias após a sistematização dos dados foram descritos e quantificados segundo seus temas. Pode-se observar que a grande maioria (67,78%) dos idosos relatou não consultar o dentista, por acreditar que possuindo prótese total (dentadura) não era necessário procurar assistência odontológica regularmente. Fato curioso foi que 6,7% dos idosos relataram não consultar o dentista por falta de costume/hábito, colocando os cuidados com a saúde bucal em uma posição de necessidade rotineira sem importância. Ou seja, caso a visita ao dentista fosse um hábito presente no seu estilo

de vida, o idoso frequentaria regularmente o dentista. Deste modo, o desafio para os profissionais da saúde é criar uma condição de empoderamento desses idosos, para incorporarem em suas atividades da vida diária os cuidados com a saúde bucal.

Embora pequena, houve uma parcela de idosos (4,72%) que relatou não consultar o dentista por medo, e o restante da amostra (31 sujeitos) relatou falta de tempo e dinheiro para ir ao dentista. Todos esses dados estão representados na figura 1. Registra-se que nesta população de idosos, questões sociais, culturais, de estilo de vida, bem como questões econômicas, permitem surgir barreiras que impedem o acesso à atenção, assistência e cuidado com a saúde bucal, mesmo dentro de um modelo de atenção focado na Atenção Primária à Saúde.

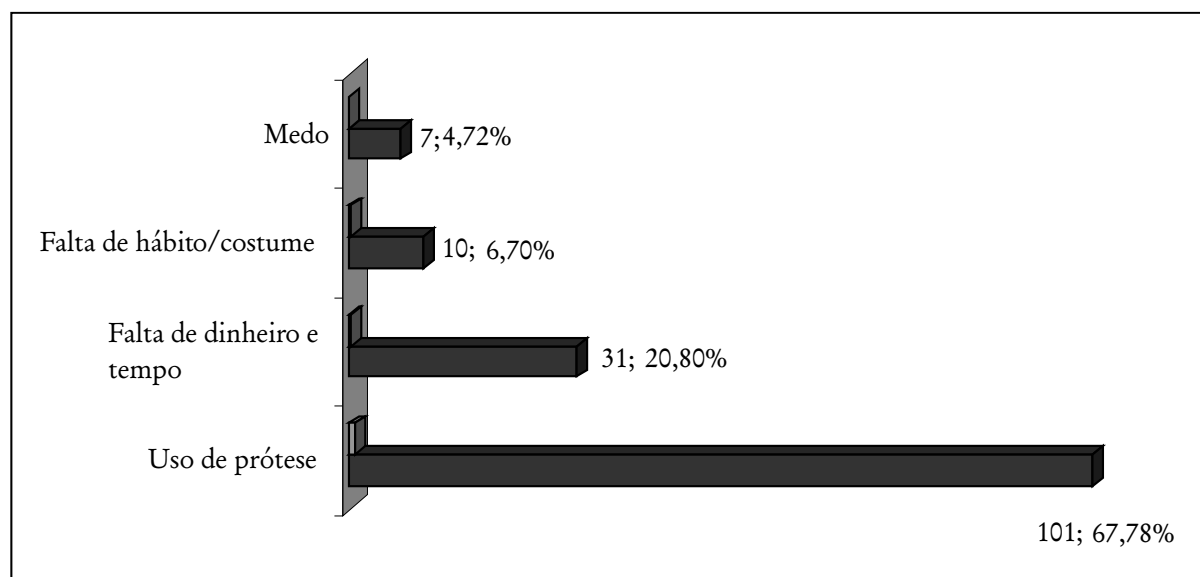


Figura 1 - Motivos referentes ao fato de não consultar regularmente o dentista. Idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2010.

Os conceitos de acesso, acolhimento e humanização são de fundamental importância quando se refere a estudos desenvolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde.¹¹

Segundo as premissas da Atenção Primária a Saúde, bem como a Política Nacional de Atenção Básica, a saúde bucal é condição básica e essencial para uma adequada saúde geral do indivíduo.^{11,12} Esses contextos estão relacionados com a estrutura multidisciplinar da equipe de saúde da família, que por sua vez garante o acesso aos cuidados básicos e ao acolhimento da população adscrita no que tange à informação a saúde e humanização do atendimento.

Dentro desse contexto, considera-se que a Unidade de Saúde da Família do presente estudo contém, em sua equipe mínima, um cirurgião-dentista que desempenha sua função embasada nos conceitos supracitados. Esse profissional realiza atendimento clínico por demanda espontânea e programada, bem como visitas domiciliares para assistência aos idosos acamados, quando necessário.

Na presente pesquisa, idosos acamados foram excluídos da amostra, pois não se questiona a

disponibilidade de acesso ao serviço de saúde bucal da referida Unidade, mas o motivo relatado pelo idoso por não procurar atendimento odontológico na mesma.

Em uma abordagem qualitativa, as categorias que no presente estudo refletem os motivos da não-consulta ao cirurgião dentista, representam as percepções desses idosos frente à relação saúde bucal/idoso. Baseando-se nesta premissa, foram construídas as categorias (motivos) que refletem por que os idosos não percebiam a consulta ao dentista como um ato importante e que deve ser realizado regularmente. Desta forma, os motivos alegados pelos idosos serão apresentados e discutidos distintamente, pois constituem quatro eixos temáticos para discussão.

Falta de tempo e dinheiro

Compreende-se o acesso como um conceito ampliado de busca pela atenção à saúde. De certo modo, o acesso à saúde, conceito que vem suportar a importância da Estratégia de Saúde da Família como a porta de entrada preferencial para a assistência a saúde no SUS, envolve algumas situações que por vezes se refletem em diversos

discursos dos usuários. Neste estudo, a dificuldade financeira e a falta de tempo se mostraram como barreiras para o acesso ao serviço de saúde bucal ofertado na referida unidade.

Segundo Azevedo,¹³ o aspecto organizacional de uma Unidade de Saúde da Família é determinante no acesso da população à saúde, visto que muitas vezes o modo de agendamento das consultas, o modo de acolhimento, a demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais e o excessivo número de famílias por equipe dificultam a identificação da unidade de saúde com a comunidade em que atua. Esta falta de identidade serviço-comunidade faz com que de certa forma haja desinformação sobre o funcionamento da mesma em relação à porta de entrada para um serviço universal e integral.

No mundo pós-moderno, início do século XXI, muitos são os idosos que participam da vida orçamentária e educacional da família desempenhando suporte financeiro e de cuidado. Dentro de um contexto de atenção baseado no ciclo familiar,¹⁴ verifica-se que muitos idosos moram com os filhos e assim participam do cuidado e educação direta dos netos. Ou seja, as famílias que antes eram constituídas por pai, mãe e filhos, na atualidade iniciam um processo de inclusão dos avôs e das avós.

As famílias ciclam com a presença de filhos pequenos e idosos simultaneamente. Deste modo, devido ao aumento da longevidade, encontram-se famílias com três, quatro e até cinco gerações convivendo em um mesmo lar.¹⁵ Este fato faz com que os idosos muitas vezes não encontrem tempo para buscar informação sobre o autocuidado com a saúde, pois estão voltados aos cuidados e educação dos netos, o que consome seu tempo livre e muitas vezes suas rendas.

Neste contexto, estudo realizado por Hiramatsu et al.¹⁶ mostra que a falta de conhecimento e autopercepção sobre a necessidade de cuidados odontológicos em muitos casos acarreta dificuldade de acesso ao cirurgião-dentista. É essencial entender que a maneira como uma pessoa idosa percebe sua condição de saúde bucal,

bem como o acesso ao serviço de saúde, condiciona a maneira, a importância e o comportamento frente às ações de cuidado com a saúde bucal.⁵

Outro aspecto observado com a construção deste eixo para discussão é a dificuldade financeira. Acredita-se que, muitas vezes, a dificuldade financeira reflete dificuldade de acesso ao cirurgião-dentista. Ressalta-se também que muitos idosos compartilham a percepção cultural e coletiva de que ir ao dentista custa muito caro. Esses mesmos idosos desconhecem a saúde como um direito de todo o cidadão e dever do Estado, e tal desconhecimento leva à não-procura pelo dentista, pois não há diferenciação entre o modelo de atenção à saúde do sistema público de saúde e a odontologia mercantilista privada. Frente a este aspecto, para a população estudada, alguns idosos não percebem que fazem parte de uma população cadastrada no sistema de saúde pública e que têm acesso ao cuidado com a saúde bucal por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Foram encontrados na literatura estudos que compartilham semelhantes percepções, visto que a dificuldade de acesso de muitos idosos aos serviços de saúde existe em função da pobreza material revelada por aspectos que vão desde a falta de condução para ir ao posto de saúde até falta de dinheiro para comprar as medicações prescritas.^{17,18} Sabe-se também que, de acordo com o que se encontra na literatura, para muitos idosos a dificuldade financeira constrói a percepção de que o acesso ao cirurgião-dentista é dificultado, e assim ao visitar o cirurgião-dentista esse fato estimula a busca pela simples extração dentária.¹⁹ Tais evidências científicas são congruentes com o presente estudo.

Falta de hábito/costume de ir ao dentista

Sabe-se que a consulta ao cirurgião-dentista na maioria das vezes acontece devido à necessidade de sanar alguma dor ou desconforto na cavidade bucal. No caso de não existir incômodo ou dor, dificilmente se busca assistência odontológica para prevenção, ou seja, não existe o costume de ir periodicamente apenas para acompanhamento da saúde bucal. Neste contexto, observa-se que 6,7%

dos idosos entrevistados alegaram não frequentar o cirurgião-dentista por não estarem habituados a essa atividade.

Acredita-se que o cirurgião-dentista está no processo incipiente de ser reconhecido enquanto profissional da saúde diretamente relacionado à qualidade de vida das pessoas e que o usuário o associe a uma busca frequente para cura e prevenção de doenças da cavidade bucal e promoção de saúde. Esse reconhecimento se torna real no momento em que a saúde bucal entra para a agenda de saúde das Equipes de Saúde da Família dentro da Atenção Primária à Saúde.³

Como destacado no presente tema, que constitui um dos pilares do conteúdo das falas dos idosos, alguns idosos declararam não se preocupar em visitar o cirurgião-dentista, pois não estão habituados a realizar tal atividade. Observa-se que é necessário construir o hábito para que a visita ao cirurgião-dentista se torne um processo natural do cuidado com a saúde bucal. O hábito de visita ao dentista é construído com o empoderamento da comunidade, para que haja o autocuidado e, assim, a busca de atenção à saúde bucal.

O hábito de ir ao dentista não foi muito comum na população do estudo de Strayer et al.,²⁰ segundo o qual apenas 7% de idosos tinham o costume de visitar o dentista regularmente. A literatura mostra que com o passar da idade a busca de serviços odontológicos diminui, ao contrário da busca por médicos, que aumenta.²⁰

Em seu estudo, Almeida et al.³ destacaram que mais de 82% dos idosos analisados relataram não ir ao dentista regularmente pois não tinham esse costume. No presente estudo, esse relato foi proporcionalmente menor, sendo referido por apenas dez entrevistados, correspondendo a 6,7% do total daqueles que não iam ao dentista. É interessante registrar que o elevado número de idosos desdentados que não buscam o serviço de saúde bucal –reduzindo assim a necessidade de tratamento odontológico – pode estar associado à baixa expectativa do idoso em relação à intervenção assistencial realizada pelo dentista.^{21,22}

Paralelamente a este fato, há uma deficiência de informação aos idosos brasileiros quanto aos benefícios da reabilitação e higienização bucal, bem como a importância das consultas periódicas ao cirurgião-dentista.²³ Portanto, a literatura vem ao encontro do presente estudo quando o motivo da não-consulta regular ao dentista se mostra uma realidade entre muitos idosos brasileiros.

Uso de prótese total e falta de sintomatologia dolorosa

Durante muitos anos, o sistema de saúde pública brasileiro tinha na assistência à saúde bucal um modelo excludente, mutilador e focado na reabilitação de morbidades da doença cárie. Gerações de brasileiros que eram usuárias do sistema público de saúde sofreram com a extração dentária, com a falta de procedimentos preventivos coletivos e de informação sobre cuidados como a saúde bucal. Como consequência, há hoje em dia idosos com altos índices de edentulismo e necessidade de uso de próteses dentárias.

Se fizermos uma associação cronológica, temos que jovens e/ou adultos que sofreram no passado com mutilação dentária hoje são idosos que muitas vezes carregam consigo a ideia de que, por não possuírem mais dentes naturais, não se encontram no escopo de pessoas que necessitam frequentar regularmente o cirurgião-dentista. A assistência odontológica do passado deixou a imagem, para certos idosos, de que a odontologia é necessária apenas para realizar procedimentos em relação a um órgão, o dente. Esse modelo de assistência não foi capaz e não se preocupava em sensibilizar seus usuários – adultos e idosos de hoje – a contextualizarem “o dente” em um sistema composto por outros órgãos que também necessitam de cuidados, gerando uma consciência coletiva de cuidado e visitas frequentes ao cirurgião-dentista para prevenção doenças e promoção de saúde bucal.

Dentro deste enfoque, verifica-se que a falta de sintomatologia dolorosa no dente e o uso de próteses totais, relatados por 101 idosos (67,7%) não estiveram associadas ao sexo e à idade. Tais

condições foram relatadas pela maioria dos idosos e refletiam seus próprios pontos de vista, construindo o entendimento de que a falta de dente e o uso de próteses totais os desvinculavam de qualquer necessidade de cuidados preventivos e de acompanhamento de doenças e/ou situações incômodas na manutenção da saúde bucal. Para esses idosos, não havendo dente natural e sendo portador de dentadura, não haveria necessidade de consultar o dentista, pois a concepção de saúde bucal construída ao longo de experiências provenientes de um modelo mutilador a simbologia do dentista está relacionada apenas com extração de dentes e substituição por próteses totais.

O uso de prótese total revela-se como um motivo pela não-procura ao cirurgião-dentista e muitas vezes, para certos idosos, o uso de próteses totais é percebido como um fato de que os idosos estão em desvantagem em relação àqueles que possuem dentes naturais.²⁴ Estudo de Weyant et al.²⁵ mostrou que 93,6% dos idosos analisados declararam não ir ao dentista, e relataram o fato de possuírem dentadura como motivo pela não-consulta odontológica periódica.

Muitos idosos não buscam a assistência odontológica, pois acreditam que visitar regularmente o dentista é necessário apenas para as pessoas que possuem dentes. Os idosos com essa concepção acreditam, então, que ir ao dentista não é necessário.^{21,22} Tais aspectos sustentam a discussão e os resultados encontrados no presente estudo.

Medo de ir ao dentista

Uma pequena parcela de idosos entrevistados relatou medo das ações desempenhadas pelo dentista. Na busca pelo entendimento deste fato, foi possível entender que certos idosos mesclaram a percepção de medo com experiências odontológicas desagradáveis vivenciadas no passado, o que os impedia buscar atendimento odontológico. Acredita-se que tais situações fizeram com que esses sujeitos construíssem percepções negativas frente ao tratamento odontológico.

Em muitos casos, a percepção negativa do tratamento odontológico é proveniente de um passado em que a prática odontológica era associada a tortura, sofrimento e dor. Essas percepções fazem com que o dentista tenha uma simbologia, ainda nos dias atuais, de profissional que causa dor.

O medo do tratamento odontológico é chamado na atualidade de “odontofobia”, e tem sua genealogia nas ciências psicossociais e comportamentais. Designa uma condição emocional em que é necessária uma abordagem diferenciada ao paciente, pois o mesmo sente ansiedade frente ao tratamento odontológico, o que o impede de visitar o dentista. O medo das pessoas de irem ao dentista está muitas vezes associado ao fato de possível falta de autocontrole no momento em que o usuário do serviço se imagina passando novamente por experiências de dor e sofrimento.²⁶

Ao analisar o medo em associação ao tratamento odontológico, compartilha-se do pensamento de Cesar et al.,²⁷ que afirmam que o medo é frequentemente referido como motivo para a não-realização de consulta odontológica. Além deste aspecto, baixas taxas de utilização de serviços odontológicos por idosos podem ser influenciadas pelo medo de tratamento odontológico.^{21,22}

Na tentativa de compreender o discurso dos idosos, tem-se em mente que muitos de seus contextos são provenientes de sua socialização primária. Desta forma, esta pesquisa se fundamentou em estudos que demonstram que experiências odontológicas na infância e na juventude são fundamentais neste contexto. Essas experiências, quando associadas a sensações de dor, contribuem decisivamente para formar o sentimento de medo e posteriores resistências à consulta odontológica em idades mais avançadas.²⁶ Associar as experiências traumatizantes com mensagens vinculando-as à punição por comportamento inadequado na infância parece contribuir também para agravar o sentimento de medo em idades mais avançadas.²⁶⁻²⁸

Dor e medo são sentimentos estritamente ligados à imagem do dentista, ainda que se reconheça uma evolução na odontologia, tanto em relação aos equipamentos e tecnologias, quanto à formação e conduta do profissional. O medo esteve presente, nas falas de alguns idosos, fortemente associado à imagem do contexto de trabalho do dentista. Esse sentimento faz parte do cotidiano da relação dentista-paciente, aparecendo nos relatos tanto como uma percepção do entrevistado, como de seu mundo social. Verifica-se, dessa forma, que o medo não é hegemônico, mas existe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pelo serviço odontológico na velhice é necessária para que os idosos possam controlar sua saúde bucal e manter sua qualidade de vida. O presente estudo levantou diferentes percepções relacionadas aos motivos que fazem com que idosos não procurem regularmente o dentista. Tais percepções se articulam e permitem construir sentidos para a não-visita ao dentista.

Alguns idosos, mesmo cadastrados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, afirmam precisar de dinheiro para cuidar da saúde bucal, o que mostra seu desconhecimento sobre a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. É necessário informar diretamente ao idoso que no SUS não é preciso gastos financeiros para prevenir doenças bucais, tratar de problemas da boca e reabilitar as funções da cavidade bucal.

Aspecto importante a ser considerado é que unidades de saúde da família devem trabalhar

questões de acesso ao serviço de saúde bucal dos idosos de acordo com a realidade da comunidade local. A realidade de muitos territórios de saúde é a presença de muitas famílias em cujos núcleos familiares convivem três gerações (filhos, avós e netos). Seria interessante criar condições de acesso dos avós, juntamente com seus netos, na assistência e no cuidado a saúde bucal, despertando assim o interesse do idoso para o cuidado com a saúde bucal e tendo como interlocutores seus netos.

É necessário também trabalhar a educação em saúde, para que os idosos sejam conscientizados da necessidade de encontrar tempo para cuidar da saúde bucal, frequentando regularmente a Unidade de Saúde da Família em busca de informações para cuidar da saúde bucal.

Quanto à outra percepção construída no presente estudo, entende-se que é necessário trabalhar, na condição de profissionais da saúde, diferentes maneiras de enfrentar a odontofobia em idosos. Fica a sugestão de identificar a odontofobia na população idosa e organizar projetos terapêuticos de acordo com a singularidade de cada idoso, para a compensação do não-cuidado devido ao medo de ir ao dentista. Assim, fica a sugestão de avançar, na condição de profissionais da saúde, na tentativa de mudar algumas dessas percepções dos idosos para que ocorra a promoção saúde bucal.

De certa forma, é na Estratégia de Saúde da Família, por meio de um modelo de atenção universal, que existe espaço para mudar o significado construído socialmente de que o dentista é um profissional mutilador e que causa sofrimento e medo ao idoso.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE. Em 2003, expectativa de vida do brasileiro subiu para 71,3 anos. [Acesso em 10 mar 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266. Acesso 10.03.2011.
2. Caldas Júnior AF, et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Rev. Ciênc. Méd* 2005; 14(3):229-238.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004. 76 p.
4. Almeida MEL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Um olhar sobre o idoso: estamos preparados? *R. Fac. Odontol. Porto Alegre* 2004; 45(1):64-68.
5. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:349-55.
6. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Editora 70; 1994
7. Minayo MCS. Construção de Indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Rev Bras Educação Médica* 2009; 4(33):83-91.
8. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. interdiscip. envelhec* 2002;1(4):7-19.
9. Camarano A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.[Acesso em 03 fev 2011]. Disponível em <http://www.alzheimer.med.br/demografia.pdf>. Acesso dia 03.02.2011.
10. Salles AES. Estudo populacional relacionando saúde geral, uso de medicamentos, condutas, hábitos e tempo de uso de prótese total em idosos desdentados totais na cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de São Paulo; 2002
11. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998. 438 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. 3. ed. São Paulo: IDEC; 2006. 76 p.
13. Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. Recife.. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2007
14. Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2008. 308 p.
15. Lehr U. A revolução da longevidade: impacto na família, sociedade e indivíduo. *Est. Interdiscipl. Envelhec.* 1999; 1(12):7-36.
16. Hiramatsu AA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos *Ciênc. saúde coletiva* 2007;12(4):123-127.
17. Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, *.Ciênc. Saúde Coletiva* 2006;11(1):191-199.
18. Moreira TP, Nuto SAS, Nations MK. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza Saúde em Debate 2004; 28(66):58-67.
19. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010; 15(3):813-820.
20. Strayer MS, Kuthy RA, Caswell RJ, Moeschberger ML. Predictors of dental 13. use for low-income, urban elderly persons upon removal of financial barriers. *Gerontologist* 1997; 37(1): 110-16.
21. Locker D,, et al. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. *J Can Dent Assoc* 1991; 57(11): 879-86.
22. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc. Saúde Colet* 2002; 7(4): 709-17.
23. Monti LM, et al. Análise comparada da saúde bucal do idoso na cidade de Araçatuba. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2006; 9(2):120-125.
24. Jones JA, Orner MB, Spiro A, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patient's perspectives. *Int Dent J* 2003; 53(5):327-334.
25. Weyant RJ, Pandav JL, Plowman JL, Ganguli M. Medical and cognitive correlates of denture wearing in older community-dwelling adults. *J. Am. Geriatr. Soc* 2004; 52(4):596-600.
26. Skaret E, Soevdsnes EK. Behavioural science in dentistry: the role of the dental hygienist prevention and treatment of the fearfull dental patient. *International J Dental Hygiene* 2005;3(1):2-6.
27. Cesar LCG, Narvai PC, Gattás VL, Figueiredo GM. "Medo do Dentista" e

demanda aos serviços odontológicos em municípios da zona oeste da região metropolitana de São Paulo. *Odontologia e Sociedade* 1999; 1(1/2): 39-44.

28. Oliveira JA, Ribeiro EDP, Bonachela WC, Capelozza ALA. Perfil do paciente odontogeriatrico da Faculdade de Odontologia de Bauru . *PCL* 2002;4(17):71-79.

Recebido: 21/3/2011

Revisado: 28/11/2011

Aprovado: 02/12/2011

Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil

Pharmacotherapeutic monitoring in hypertensive elderly living in a geriatric home in Vale dos Sinos region, Rio Grande do Sul State, Brazil

Fernanda Reinhardt¹
Ana Luiza Ziulkoski¹
Letícia Hoerbe Andrighetti¹
Magda Susana Perassolo¹

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos problemas de saúde de maior prevalência, afetando cerca de 600 milhões de pessoas em todo mundo. No Brasil, aproximadamente 65% da população idosa é portadora desta doença. **Objetivo:** Avaliar a resposta farmacoterapêutica em idosos hipertensos, residentes em um lar geriátrico, após acompanhamento farmacoterapêutico e intervenções farmacêuticas. **Metodologia:** Trata-se de estudo quantitativo, observacional com delineamento longitudinal retrospectivo. Participaram 31 (62%) idosos do total de 50 indivíduos (acima de 60 anos), de ambos os sexos e com HAS diagnosticada. Avaliaram-se as médias mensais das pressões sistólica, diastólica e pressão arterial média, no período de setembro/2008 a julho/2010. A análise dos resultados ocorreu por meio de estatística descritiva e teste *t* de Student para amostras pareadas. **Resultados:** Quanto ao tratamento medicamentoso para HAS, predominou o uso de Inibidores da ECA (71%) e diuréticos tiazídicos (41,9%); 61,3% dos pacientes em estudo fazem tratamento farmacológico em associação de fármacos anti-hipertensivos. Não foram observadas interações medicamentosas clinicamente relevantes entre os fármacos anti-hipertensivos e as demais classes terapêuticas utilizadas pelos idosos. Houve queda nas médias pressóricas, assim como no número de pacientes com pressão arterial alterada. **Conclusão:** O decréscimo das médias pressóricas pode ser atribuído a diversos fatores e, após o acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes, os níveis de pressão arterial melhoraram.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Idoso. Hipertensão. Farmacoterapia. Saúde do idoso.

Abstract

Background: Systemic arterial hypertension is one of the most common health problems, affecting approximately 600 million people worldwide. In Brazil, approximately 65% of the elderly population has this disease. **Objective:** To evaluate the pharmacotherapy in hypertensive elderly living in a geriatric home, after pharmacotherapeutic monitoring and pharmaceutical interventions. **Methodology:**

Key words: Pharmaceutical care. Elderly. Hypertension. Drug Therapy. Health of the Elderly.

¹ Curso de Farmácia, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Feevale. Campus II, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

Quantitative, observational study with longitudinal retrospective design. Thirty-one (62%) of 50 elderly individuals (over 60 years) of both sexes diagnosed with hypertension participated. Monthly averages of systolic, diastolic and mean arterial pressure from September/2008 to July/2010 were evaluated. The analysis was conducted through descriptive statistics and Student *t* test for paired samples. *Results:* Concerning drug treatment for hypertension, the predominant use was the classes of ACE inhibitors (71%) and diuretics (41.9%); 61.3% of study patients are under pharmacological treatment with combination of antihypertensive agents. There were no clinically relevant drug interactions between antihypertensive agents and other therapeutic classes used by the elderly. There was a drop in mean blood pressure as well as the number of patients with abnormal blood pressure. *Conclusion:* The decrease of pressure averages can be due to several factors and, after pharmacotherapeutic monitoring in these patients, blood pressure levels improved.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida vem contribuindo para os índices crescentes de doenças cardiovasculares e metade delas tem relação direta com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) por causa das mudanças fisiológicas que ocorrem com o avanço da idade.¹

A HAS está entre os problemas de saúde de maior prevalência, afetando cerca de 600 milhões de pessoas em todo mundo. No Brasil, aproximadamente 65% da população idosa é portadora da doença e este número tende a crescer, pois se estima que até o ano de 2025 a faixa etária em questão seja composta por mais de 35 milhões de pessoas.^{2,3}

Há evidências de que o idoso tem maior sensibilidade ao sódio, mas os efeitos da limitação de sódio na pressão arterial em estudos clínicos têm sido variáveis; a quantidade exata de sal a ser eliminada da dieta, para uma redução apreciável dos níveis pressóricos, permanece incerta. Mudanças nos hábitos alimentares podem ser contornadas pela indução da perda de sódio com uso de um diurético. Todavia, resultados de estudos controlados em paciente idosos com hipertensão sistólica têm apoiado o consumo de baixo teor de sal.⁴

O tratamento da HAS envolve orientações na mudança do estilo de vida (tratamento não-

medicamentoso). Dentre as modificações, as medidas que envolvem a diminuição da PA (pressão arterial) estão o controle de peso, mantendo-se IMC não superior a 24,9kg/m²; consumir uma dieta rica em frutas, vegetais, alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas.^{5,6}

Para alcançar os objetivos terapêuticos no controle da HAS em pacientes idosos, é importante uma abordagem multiprofissional que priorize a modificação do estilo de vida, pela aquisição de hábitos saudáveis que reduzam a morbimortalidade cardiovascular em associação com o tratamento medicamentoso.⁶

A terapia farmacológica da hipertensão arterial, no idoso, precisa considerar os fatores intrínsecos do paciente. A menos que contraindicados, os anti-hipertensivos são os agentes de escolha porque, comprovadamente, reduzem a morbidade e mortalidade cardiovascular. Esses medicamentos são prescritos inicialmente com a dose mínima eficaz, devido ao aumento da biodisponibilidade ou diminuição na eliminação de alguns fármacos utilizados pelos idosos, em decorrência da queda do desempenho renal e hepático, característico da idade.⁷

Segundo preconizam as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,⁵ é importante que o medicamento anti-hipertensivo seja eficaz via

oral, tenha boa tolerabilidade e permita o menor número de tomadas diárias. Do mesmo modo, no início do tratamento as doses devem ser as menores recomendadas para a situação clínica do paciente, podendo ser aumentadas gradativamente, uma vez que o aumento desta é proporcional à probabilidade de ocorrência dos efeitos adversos. Deve-se considerar a associação de fármacos para hipertensos em estágios 2 e 3 que não respondem à monoterapia. Utilizar o medicamento por um período mínimo de quatro semanas para posterior mudança de dose, substituição da monoterapia ou alteração das associações em uso.

O tratamento com anti-hipertensivos auxilia na redução da morbimortalidade dos pacientes hipertensos. Os diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) constituem a terapia de primeira linha para idosos. Já a terapia de segunda linha é formada pelas classes farmacológicas dos beta-bloqueadores (atenolol, propanolol), inibidores da ECA (captopril, enalapril), bloqueadores dos receptores de angiotensina (losartan) e bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipino). A escolha do medicamento leva em conta as comorbidades e fatores de riscos dos pacientes.⁸ Quando a monoterapia não for suficiente para a diminuição dos níveis pressóricos, pode-se adotar a terapia combinada. As associações mais eficazes ocorrem entre diuréticos de diferentes mecanismos de ação; beta-bloqueadores e diuréticos; bloqueadores dos receptores de AT_1 e diuréticos; inibidores da ECA e diuréticos; bloqueadores dos canais de cálcio e beta-bloqueadores; bloqueadores dos canais de cálcio e inibidores da ECA; bloqueadores dos canais de cálcio e bloqueadores dos receptores de AT_1 .⁵

Desta forma, objetivo deste trabalho foi averiguar a resposta farmacoterapêutica em idosos hipertensos, residentes em um lar geriátrico localizado no município de Novo Hamburgo, após a realização de acompanhamento farmacoterapêutico e intervenções farmacêuticas nesses pacientes.

METODOLOGIA

Delineamento da Pesquisa

Trata-se de estudo quantitativo, observacional com delineamento longitudinal retrospectivo, realizado num lar geriátrico localizado na região do Vale dos Sinos, Estado do Rio Grande do Sul, em parceria com o projeto de extensão “Atenção Farmacêutica na Comunidade”, da Universidade Feevale. Foram analisados os tratamentos medicamentosos dos pacientes hipertensos e as intervenções farmacêuticas realizadas pelo referido projeto no período compreendido entre setembro de 2008 e julho de 2010.

Universo e População

Participaram do estudo 31 idosos do total de 50 indivíduos (acima de 60 anos), de ambos os sexos e com HAS diagnosticada de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão,⁵ que concordaram em participar do estudo, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido-paciente e/ou com o termo de consentimento livre e esclarecido-cuidador. A amostra analisada foi eleita por conveniência, o que pode ser uma das limitações do estudo em questão.

Técnicas para Coleta de Dados

As informações relativas à pesquisa foram coletadas nos prontuários médicos dos pacientes, cadernos de plantão da enfermagem, fichas de aferições pressóricas e fichas de medicamentos. Além disso, foram avaliados dados das intervenções farmacêuticas nas planilhas do projeto de extensão. No transcorrer do estudo, quando surgiam eventuais dúvidas a respeito dos idosos, estas eram esclarecidas pela coordenadora e também cuidadora do lar geriátrico.

Nas fichas de aferições pressóricas, realizou-se análise retrospectiva dos níveis de PA, a fim de avaliar se houve melhoras no controle da HAS dos idosos com o serviço de Atenção Farmacêutica, durante o período analisado. Dos prontuários médicos foram verificadas

informações sobre sexo, idade, patologias dos pacientes, comorbidades e observações adicionais (comportamento, sintomas, queixas, resultados de exames, evolução de algum quadro clínico).

No caderno de plantão da enfermagem, os profissionais responsáveis (enfermeiro e técnicos de enfermagem) descrevem todas as ações desempenhadas no seu turno: verificação de PA, nebulização, medicamentos administrados, curativos, nomes dos pacientes atendidos. Nas fichas de medicamentos, os elementos de interesse foram o nome do fármaco (genérico e/ou comercial) e a posologia.

Quanto às intervenções farmacêuticas, investigaram-se o número de intervenções realizadas, o tipo de intervenção (escrita e/ou oral), os resultados obtidos (desfecho do caso) e observações relevantes (troca de medicação, posologias, reavaliação médica da prescrição, entre outras).

Interpretação dos Dados

Foram avaliadas as pressões arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). Em seguida, realizou-se o cálculo da pressão arterial média (PAM) mensal, de acordo com a fórmula $PAM = PAD + 1/3 (PAS - PAD)$.⁹ As médias da PAS, PAD e PAM foram registradas numa planilha na qual constam mês e ano da aferição pressórica. As informações complementares obtidas na pesquisa foram introduzidas em uma ficha de coleta de dados, baseada no Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico.¹⁰

A análise dos dados em questão ocorreu por meio de estatística descritiva (média percentual e desvio padrão); o teste *t* de Student para amostras pareadas foi utilizado na comparação dos elementos de início e final de estudo. O nível de significância adotado foi de 5%. Para estas análises, foi utilizado o *software* SPSS® 15.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Feevale, processo n° 4. 03.03.10.1716.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 50 idosos residentes do lar geriátrico no qual o estudo foi realizado, 31 (62%) apresentaram hipertensão arterial diagnosticada e utilizavam alguma classe de medicamentos anti-hipertensivos. Destes pacientes, 38,7% são do sexo masculino e 61,3%, feminino. A média de idade foi de $78,9 \pm 8,8$ anos (mínimo = 64 e máximo = 98 anos).

Com relação ao gênero, mulheres apresentam maior prevalência de HAS que os homens, o que pode ser atribuído ao fato de elas procurarem assistência médica mais frequentemente e, assim, diagnosticarem a doença.¹¹ “Além do que, estimativas globais sugerem taxas de HAS mais elevadas em homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década”⁵

Quanto ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial, predominou o uso da classe terapêutica dos inibidores da ECA (71%), seguido por bloqueadores do canal de cálcio (22,6%); bloqueadores dos receptores de AT_1 (6,5%); inibidores adrenérgicos (3,2%) e vasodilatadores de ação direta (3,2%). Dentre os diuréticos, predominaram os tiazídicos (41,9%); seguidos pelos diuréticos de alça (25%) e poupadores de potássio (6,5%); 61,3% dos pacientes em estudo fazem tratamento farmacológico em associação com dois ou mais fármacos anti-hipertensivos e, desta parcela, 84,2% utilizam pelo menos uma classe diurética. O tratamento farmacológico isolado é realizado por 38,7% dos pacientes.

A tabela 1 traz as classes de anti-hipertensivos utilizados pelos idosos residentes no lar geriátrico onde o estudo foi realizado. Conforme observado, o tratamento farmacológico dos idosos está de acordo com o que preconizam as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Os diuréticos tiazídicos são os mais utilizados porque, além de controlarem a PA, diminuem a morbidade e a mortalidade cardiovasculares. Os diuréticos de alça são preferidos em hipertensão associada à insuficiência renal, com baixa taxa de filtração glomerular e na insuficiência cardíaca com retenção de volumes. Já os diuréticos poupadores de potássio têm maior eficácia em associação com tiazídicos ou com diuréticos de alça, auxiliando na prevenção e tratamento da hipopotassemia.⁵

Tabela 1 - Classes de Anti-hipertensivos utilizados no Lar Geriátrico São Vicente de Paula, Novo Hamburgo, RS, 2010.

Anti-Hipertensivos	Número de Usuários do Estudo	%
Diuréticos		
Tiazídicos	13	41,9
Alça	5	16,1
Poupadores de Potássio	2	6,5
Inibidores da ECA	22	71,0
Bloqueadores do Canal de Cálcio	7	22,6
Bloqueadores do Receptor AT1	2	6,5
Inibidores adrenérgicos	1	3,2
Vasodilatadores de Ação Direta	1	3,2

A associação terapêutica que predominou foi a de diuréticos tiazídicos + inibidores de ECA. Esta tem-se mostrado bastante eficaz na redução dos níveis de PA em idosos.⁷ Os inibidores da ECA são agentes de primeira linha em insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, doença renal crônica, em situações pós-infarto agudo do miocárdio, em casos de alto risco de doença coronariana e prevenção secundária de acidente vascular cerebral (AVC). Consequentemente, um vasto número de hipertensos faz uso desta classe medicamentosa. Além do mais, são bem tolerados e a incidência de efeitos adversos é baixa.⁸

Após a análise retrospectiva no período entre setembro de 2008 a julho de 2010 das médias de PAS, PAD e PAM, verificou-se queda na PAS e na PAM dos 31 hipertensos participantes da pesquisa (figura 1). Os valores obtidos no teste *t* de Student para amostras pareadas demonstraram que não houve alteração significativa na PAD ($P = 0,148$), ao contrário do que foi observado nos resultados da PAS ($P < 0,001$) e PAM ($P = 0,002$). A figura 2 ratifica o progresso do tratamento do início ao término do estudo. Observa-se que dos 31 hipertensos, 20 tiveram seus níveis de PAS alterados e este resultado contribuiu na redução da pressão arterial média (17 pacientes apresentaram melhora nos níveis de pressão arterial média). A pressão diastólica não apresentou variação significativa, e apenas sete pacientes tiveram as médias de PAD modificadas.

A redução dos níveis das PAS e PAM pode ser atribuída a diversos fatores, entre eles o projeto de extensão da Universidade Feevale, que também pode ter contribuído na queda dos níveis pressóricos através da promoção da Atenção Farmacêutica (acompanhamento e orientação na administração dos medicamentos nessa população). Outras ações a serem consideradas foram as intervenções farmacêuticas encaminhadas ao médico, sugerindo a reavaliação das prescrições de alguns pacientes que não estavam com PA controlada.^{2,5}

Ainda na figura 1, observa-se pequena elevação nas médias das PAS, PAD e PAM a partir de abril/2010 (PAS = $119 \pm 8,2$ mmHg; PAD = $75 \pm 5,2$ mmHg; PAM = $90 \pm 5,8$ mmHg). As maiores médias encontradas foram em julho de 2009 (PAS = 129 ± 10 mmHg; PAD = 81 ± 5 mmHg; PAM = $97 \pm 6,5$ mmHg); já em novembro do mesmo ano, estas começam a diminuir consideravelmente até março de 2010 (PAS = $118 \pm 8,6$ mmHg; PAD = $75 \pm 5,2$ mmHg; PAM = $89 \pm 6,1$ mmHg). Estudos indicam que, nos meses mais quentes do ano, os níveis pressóricos tendem a cair, especialmente nos idosos hipertensos. Deste modo, é possível que haja subtratamento nessas temporadas.¹³

Não foram observadas interações medicamentosas (IF) relevantes clinicamente entre os fármacos anti-hipertensivos e as demais classes terapêuticas utilizadas no controle de outras

patologias presentes nos idosos. Inclusive, algumas interações entre os medicamentos anti-hipertensivos são de grande interesse devido a seus efeitos sinérgicos. Por esta razão, a maioria dos hipertensos faz uso da terapia combinada de classes medicamentosas, a fim de alcançar as metas de controle de PA.¹⁴ Como exemplo de interação positiva, pode-se mencionar a associação de diuréticos com inibidores de ECA e/ou bloqueadores dos receptores de AT₁.⁴

Durante o período analisado, realizaram-se três intervenções farmacêuticas em pacientes hipertensos. Estas foram escritas e enviadas ao médico, que avaliou e concordou com as alterações sugeridas. No primeiro caso, a paciente fazia uso de captopril 50mg (3x ao dia) e hidroclorotiazida 25mg (pela manhã). Foram questionadas a eficácia e segurança do captopril, pois a paciente apresentava tosse e sua pressão não estava controlada. O desfecho do caso ocorreu com a suspensão do captopril e introdução de losartan 50mg (2x ao dia). A tosse diminuiu, mas a pressão continua não controlada e o captopril é administrado somente se necessário, pois se acredita que as crises de hipertensão sejam de fundo emocional. Situações de estresse psicoemocional geram aumentos de PA transitórios ou até mesmo prolongados, como acontece com a paciente. Logo, é importante que se faça avaliação e tratamento dos aspectos emocionais que estejam prejudicando a eficácia da terapêutica.⁵

O segundo paciente utilizava captopril 50mg (2x ao dia) e, através de IF escrita, sugeriu-se a adição de um diurético tiazídico no período da manhã. O médico optou por prescrever nifedipino 5mg. O caso teve um desfecho satisfatório, pois o paciente apresenta PA controlada desde então.

Na terceira e última IF realizada até o final do período estudado, a paciente fazia tratamento medicamentoso com enalapril 20mg (2x ao dia) e enalapril 10mg (1x ao dia), mas a PA continuava elevada. Ao médico, foi recomendada uma mudança de medicação. Em janeiro de 2010, foi introduzido nifedipino 30mg no tratamento e a

paciente apresentou melhora considerável nos níveis de PA, que hoje estão sob controle.

A participação do farmacêutico no controle da hipertensão tem mostrado resultados positivos, reduzindo custos, melhorando prescrições, controlando a possibilidade de reações adversas e promovendo, através das técnicas de Atenção Farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico, maior adesão ao tratamento.^{2,15}

Os resultados das médias das PA mostraram-se positivos com o início das atividades de atenção farmacêutica no lar geriátrico. As médias permaneceram dentro dos parâmetros desejados, apesar de sete idosos ainda apresentarem picos elevados de PA e uma paciente, quadros de hipotensão. Neste último caso, foi analisado o tratamento medicamentoso e observou-se que dois dos fármacos utilizados pela idosa podem causar hipotensão: periciazina 4% (tratamento de distúrbios comportamentais) e paroxetina 20mg (antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina).^{16,17}

O uso de anti-hipertensivos é considerado o maior fator de risco para o desenvolvimento de hipotensão, sobretudo naquelas pessoas que fazem terapia combinada (associação de medicamentos para hipertensão). Este não é um evento inerte e pode causar déficit cognitivo, bem como aumentar as chances de fraturas decorrentes de quedas. Portanto, é necessário haver extensa monitoração e tratamento da pressão elevada e dos baixos níveis tensionais.¹⁸

A queda nas médias pressóricas entre novembro/2009 e março/2010 pode ser atribuída às temperaturas elevadas que ocorreram nesse período. No entanto, o aumento das médias a partir de abril/2010 não foi significativo, demonstrando que o acompanhamento farmacoterapêutico e as demais medidas adotadas pelos profissionais que prestam serviços no lar têm sido eficazes.

Para alcançar os objetivos terapêuticos no controle da HAS em pacientes idosos, é importante uma abordagem multiprofissional que priorize mudanças no estilo de vida, pela

aquisição de hábitos saudáveis que reduzem a morbimortalidade cardiovascular, em associação com tratamento medicamentoso.⁶ O envelhecimento da população tem gerado grandes desafios aos serviços de saúde, pois as doenças desses grupos são crônico-degenerativas e

múltiplas, exigindo acompanhamento médico constante e farmacoterapia contínua. A HAS, por exemplo, envolve orientações voltadas para vários objetivos que exigem diferentes abordagens e, portanto, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde.^{2,5,7}

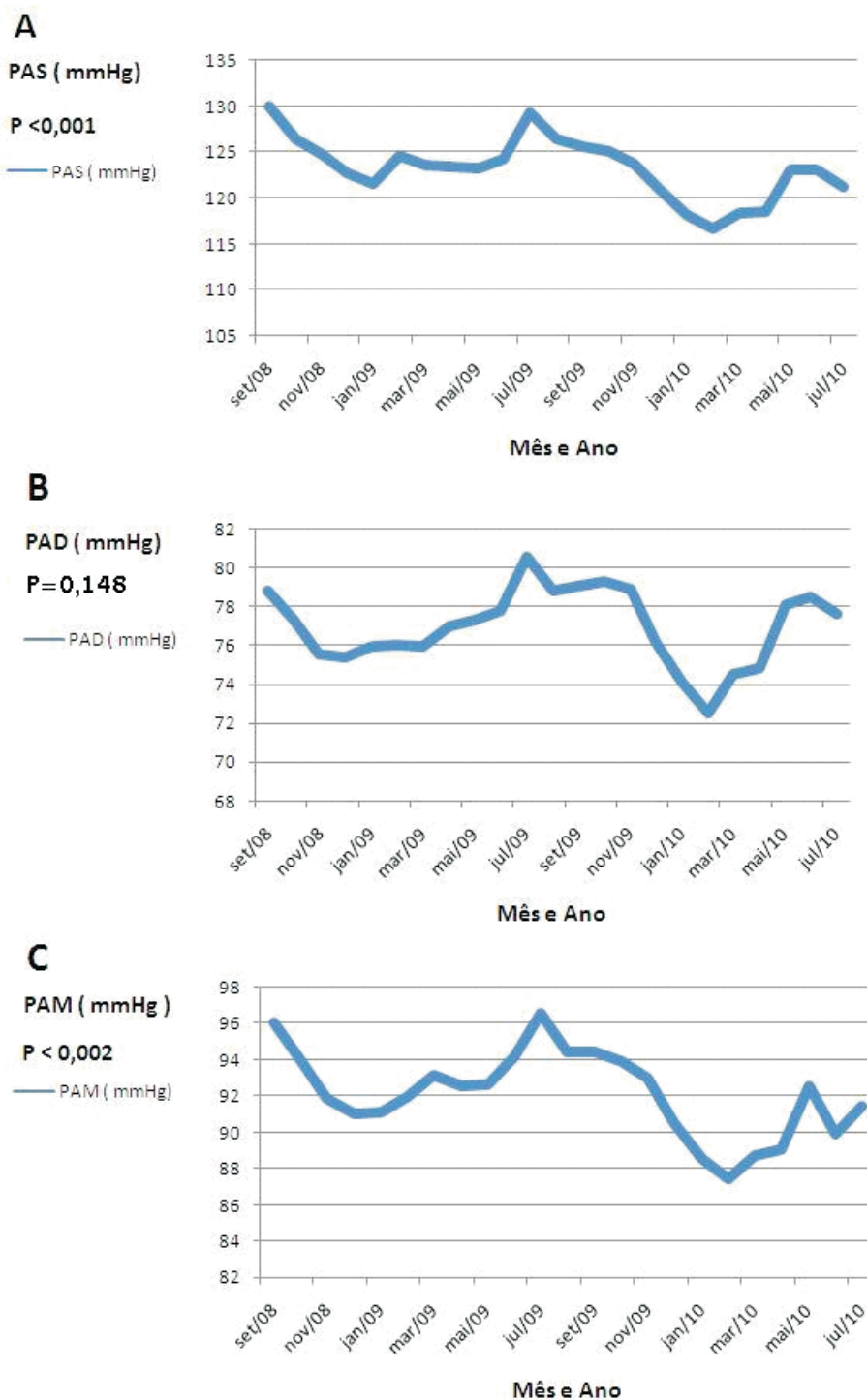


Figura 1 – Evolução das médias mensais das pressões sistólica, diastólica e média no Lar São Vicente de Paula, Novo Hamburgo-RS em Julho/2010.

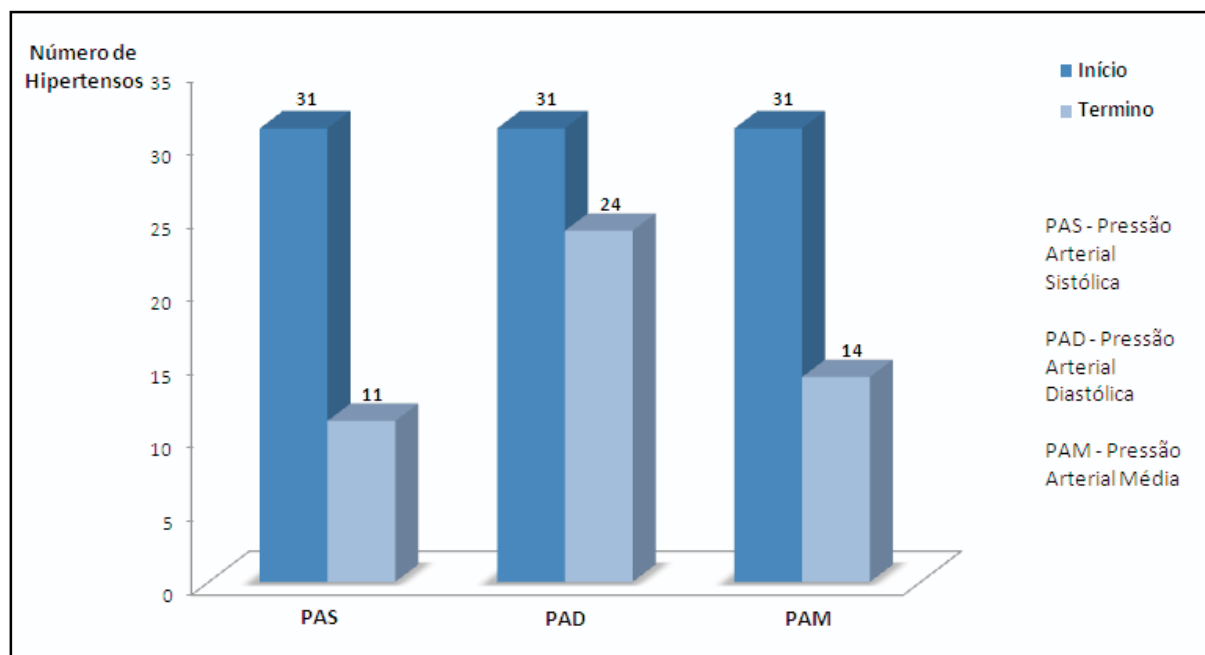


Figura 2 – Pacientes com níveis de pressão arterial elevados no Lar São Vicente de Paula, Novo Hamburgo-RS em julho/2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após averiguar a resposta farmacoterapêutica dos idosos hipertensos beneficiados pelo serviço de Atenção Farmacêutica oferecido pela Universidade Feevale, foi possível observar que, desde o início das atividades de extensão, as médias das PA vêm diminuindo e se mantendo dentro dos valores desejáveis. As intervenções farmacêuticas (escritas) enviadas ao médico responsável foram aceitas e mostraram resultados satisfatórios, e apenas um paciente continua com a PA não controlada.

O que foi exposto anteriormente reforça a importância do acompanhamento farmacoterapêutico na promoção do uso correto de

medicamentos. A abordagem educativa favorece o esclarecimento de dúvidas e proporciona maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas.² No entanto, não se pode esquecer que a colaboração do médico é fator fundamental para a realização do trabalho farmacêutico, pois a integração entre esses profissionais, através da combinação de conhecimentos especializados e complementares, conduz a resultados terapêuticos eficientes, beneficiando o paciente.¹⁹

AGRADECIMENTOS

A equipe técnica e os idosos do Lar São Vicente de Paula que participaram da pesquisa, e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Miranda RD, et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras hipertensão* 2002; 9(3): 293-300.
2. Lyra JDP, et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latino-Americana de Enfermagem* 2006; 14(3): 14-19.
3. Silva AS, et al. Avaliação do serviço de atenção farmacêutica na otimização dos resultados terapêuticos de usuários com hipertensão arterial sistêmica: um estudo piloto. *Rev Bras Farmácia* 2008; 89 (3): 255-258.
4. Stokes GS. Management of hypertension in the elderly patient. *J Clinical Interventions in Aging* 2009; 4: 379-389.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia .Sociedade Brasileira de Hipertensão . VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95 (supl.1): 1-51. [Acesso em 02 set 2010]. Disponível em URL: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_asso.pdf.
6. Amado TCF, Arruda IKG. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Rev Bras Nutr Clínica* 2004; 19(2): 94-99.
7. Schroeter G, et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre. *Rev Scientia Medica* 2007; 17(1):14-19.
8. Cardoso CEP, Torejane D, Ghiggi RF. Evidências no tratamento da hipertensão arterial em idosos. *Arq Catarinenses de Medicina* 2006; 35(2): 85-91.
9. Nora FS, Grobocopatel D. Métodos de aferição da pressão arterial média. *Rev Bras Anestesiologia* 1996; 44(4): 295-301.
10. Machuca L. Método dader-manual farmacoterapia: manual. Granada: Fuás; 2003. [Acesso em 02 fev 2010]. Disponível em URL: <http://www.pharmanet.com.br/atencao/metododader.pdf>.
11. Zaitune MPA, et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores de risco associados e práticas de controle no município de Campinas . *Cad Saúd Pública* 2006; 22(2): 285-294.
12. Gravina CF, Grespan SM, Borges JL. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. *Rev Bras Hipertensão* 2007; 14(1): 33-36.
13. Modesti PA, Morabito M, Bertolozzi L, et al. Weather-Related changes in 24-Hour Blood pressure profile: effects of Age and Implications for hypertension management. *Rev Bras Hipertensão* 2007; 14(2):126.
14. Bombig MT, Póvoa R. Interações e associações de medicamentos no tratamento anti-hipertensivo : antagonistas dos canais de cálcio. *Rev Bras Hipertensão* 2009; 16(4): 226-230.
15. Castro MS, Fuchs FD. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev Bras Hipertensão* 2008; 15(1): 25-27.
16. RxList. The Internt Drug Index.[Acesso em 19 out 2010]. Disponível em: URL: <http://www.rxlist.com>.
17. RxMed. Drug and illness information. 2010. [Acesso em 19 out 2010] Disponível em: URL: <http://www.rxmed.com>.
18. Oliveira SMP, et al. Risco de hipotensão arterial em idosos um uso de medicação anti-hipertensiva sem acompanhamento clínico adequado. *Rev Bras Clínica Méd* 2009; 7:290-294.
19. Pepe VLE, Castro CGSO. A Interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saude Pública* 2000; 16(3): 815-822.

Recebido: 28/3/2011

Revisado: 12/5/2011

Aprovado: 23/8/2011

Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina

Frailty risk and drug use among elderly in southern Santa Catarina state, Brazil

Patrícia Luiz de Araújo¹
Dayani Galato²

Resumo

Objetivo: Conhecer o risco de fragilização (repetidas internações hospitalares) e o perfil de utilização de medicamentos em idosos vinculados ao Serviço de Assistência Integral à Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, localizado na cidade de Tubarão. **Métodos:** Em 2009, quando foram coletadas as informações, 772 idosos estavam cadastrados pelos agentes comunitários vinculados ao serviço, e 135 fizeram parte da amostra desta pesquisa. Para a seleção dos participantes, as residências dos idosos foram distribuídas geograficamente. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas realizadas no ambiente domiciliar. Os resultados foram apresentados por estatística descritiva, sendo posteriormente adotado o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$) para determinar os fatores associados. **Resultados:** Dos entrevistados, 65,9% possuíam até três problemas de saúde e 21,5% eram polimedicados, sendo os medicamentos mais comuns aqueles pertencentes ao sistema cardiovascular e ao sistema nervoso. Utilizaram antibióticos no último mês 14,3% dos entrevistados e 17,0% dos idosos estavam utilizando medicamentos considerados potencialmente impróprios. Dos idosos, 29,2% afirmaram adotar a prática da automedicação e 64,4% referiram utilizar plantas medicinais. Quando avaliado o risco de fragilização desta população, 88,1% foram classificados como baixo risco. Associaram-se ao maior risco de fragilização a polimedicação ($p < 0,001$), possuir mais que três problemas de saúde ($p < 0,001$) e o fato de ter utilizado antibiótico no último mês ($p = 0,015$). **Conclusões:** Os idosos em ambiente domiciliar apresentam baixo risco de fragilização e o maior risco está associado a presença de múltiplos problemas de saúde, polimedicação e uso de antibiótico no último mês.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do idoso. Uso de medicamentos. Medicamentos.

¹ Curso de Farmácia. Núcleo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica e Estudos de Utilização de Medicamentos. Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. Tubarão, SC, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Curso de Farmácia. Núcleo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica e Estudos de Utilização de Medicamentos. Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. Tubarão, SC, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Dayani Galato

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Unisul

Av. José Acácio Moreira, 787 - Bairro Dehon

88704-900 Tubarão, SC, Brasil

E-mail: dayani.galato@unisul.br

Abstract

Objective: To examine frail risk (repeated hospital admissions) and the profile of drug use among elderly attending the Integrated Health Service of the University of Southern Santa Catarina State, in the city of Tubarão. *Methods:* When the information was collected by the community service agents in 2009, there were 772 elderly registered, and 135 were included in the research sample. The geographical distribution of residences for the elderly was taken into account for the selection of the participants in the survey. Data was collected in household interviews. Descriptive statistics was used to present the results. The Pearson chi-square test ($p < 0.05$) was used to test associated factors. *Results:* In total, 135 elderly were interviewed, 65.9% of whom had up to three concomitant health problems and 21.5% received multiple medications. Cardiovascular system and nervous system medications were the most commonly used. Of the respondents, 14.3% had used antibiotics in the last month and 17.0% were using medications considered potentially inappropriate. Self-medication was reported by 29.2% of the elderly and 64.4% reported use of medicinal plants. With regard to frailty risk, 88.1% were classified as low. The following were risk factors associated with frailty: poly medication ($p < 0.001$), having more than three concomitant health problems ($p < 0.001$), and having used antibiotics in the last month ($p = 0.015$). *Conclusions:* The elderly who live at their own home are at low risk for frailty. Frailty risk is associated with the presence of multiple health problems, poly medication and recent use of antibiotics.

Key words: Elderly. Elderly health care. Drug use. Medication.

INTRODUÇÃO

O maior número de idosos na população resulta em um acréscimo na utilização de serviços de saúde devido a problemas crônicos, tendo como consequência intervenções de alto custo e de tecnologia específica para o cuidado necessário ao idoso, como o aumento de internações hospitalares (risco de fragilização) e do consumo de medicamentos, que leva à polimedicação.¹ Segundo Lojoduci e colaboradores,² o uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente caracteriza a polimedicação.

A polimedicação pode levar ao aparecimento de problemas relacionados com os medicamentos³ e uma solução viável é aumentar a colaboração entre os profissionais da saúde, contribuindo para aumentar a adesão ao tratamento e as prescrições adequadas, diminuir os efeitos nocivos dos medicamentos e promover o uso e o armazenamento de medicamentos de forma correta.⁴

Outro ponto importante que merece atenção é o fato de que, na terceira idade, ocorrem alterações

fisiológicas e surgem morbidades que tornam alguns medicamentos impróprios ao paciente.⁵ Estas alterações fisiológicas também propiciam o aparecimento de infecções e, conseqüentemente, o uso de antibióticos, o que merece também uma cautela especial.⁶ No entanto, mesmo com estas alterações fisiológicas e o uso combinado de medicamentos de uso contínuo, os idosos ainda praticam a automedicação, geralmente para problemas de saúde considerados simples e estimulados por amigos e familiares. A praticidade é um dos motivos mais citados para a automedicação, visto que muitas vezes limitações impedem que os idosos se desloquem até os serviços de saúde.⁷

Esses são alguns dos problemas que podem levar os idosos a uma fragilização e probabilidade de agravos maiores. Contudo, se esses fatores fossem identificados precocemente e de forma preventiva em serviços de menor complexidade, haveria a possibilidade de se gastar menos em hospitalizações.^{1,8} Nesse contexto, o risco de fragilização determina a chance de hospitalização do paciente, cujo cálculo foi desenvolvido por Pacala et. al.⁹ e adotado no Brasil por Veras.¹

Desta forma, este trabalho teve por objetivo identificar o risco de fragilização e o perfil de utilização de medicamentos de idosos residentes na área de cobertura do Serviço de Assistência Integral à Saúde (SAIS) sediado na Universidade do Sul de Santa Catarina.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caráter exploratório, transversal baseado na técnica de entrevista. A população do estudo foi representada por indivíduos residentes na área de cobertura do SAIS, sediado na Universidade do Sul de Santa Catarina e vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Tubarão.

O SAIS é formado por duas Equipes da Estratégia de Saúde da Família, onde estão inscritos 15 agentes comunitários de saúde. Em 2009, quando os dados foram coletados, havia 772 idosos cadastrados por esses agentes. Para o cálculo da amostra, adotaram-se um erro estimado de 5,0%, um nível de confiança de 95% e uma prevalência de risco de fragilização de 11,0%, segundo dados apresentados por Veras.¹

Para a seleção dos idosos participantes na pesquisa, realizou-se a distribuição geográfica das residências, feita proporcionalmente em cada uma das 15 áreas de cobertura dos agentes de saúde.

A coleta de dados foi realizada nos domicílios dos idosos previamente selecionados. Inicialmente, os agentes de saúde informaram os idosos selecionados sobre a pesquisa. No dia da entrevista, o idoso ou seu cuidador (quando esse estava impossibilitado de se comunicar) foi abordado na residência para a apresentação formal da pesquisa. Aceitando participar, o idoso ou cuidador assinou o termo de consentimento livre e esclarecido e participou da entrevista.

Foi adotado um roteiro estruturado que permitiu a coleta de dados a respeito das características sócio-demográficas (sexo e idade), nosológicas (problemas de saúde, quedas no último ano, fraturas em função de quedas), de

utilização de medicamentos (tipos de medicamentos, número de medicamentos, adoção da automedicação, de plantas medicinais e uso de antibiótico no último mês) e dados relacionados a fragilização, segundo descrito por Veras,¹ tais como autopercepção de saúde, número de hospitalizações e consultas médicas no último ano, diagnóstico de diabetes e problema cardiovascular no último ano e presença de apoio familiar. Destaca-se que, no ano de 2005, Dutra e colaboradores validaram este instrumento de determinação do risco de fragilização, aplicando-o a idosos da cidade de Progresso, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.¹⁰

Os medicamentos em uso foram classificados segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATC).¹¹ Para a avaliação dos medicamentos considerados impróprios, independentemente de diagnóstico ou condições do idoso, adotou-se a lista de medicamentos elaborada por Fick e colaboradores.⁵

Para o cálculo do fator de risco de fragilização, foram adotados os parâmetros definidos por Pacala e colaboradores⁹ e a escala descrita por Veras¹. Esta determina a Probabilidade de Admissão Repetida em um período de quatro anos (*PAR*): quando *PAR* for menor que 0,300 o risco é baixo; de 0,300 a 0,399 é médio; de 0,400 a 0,499 é médio alto; e maior que 0,500, muito alto.

Para análise dos dados, foi desenvolvido um banco de dados no programa EpiData e posteriormente realizadas as análises estatísticas no programa SPSS 19.0. As variáveis nominais foram apresentadas em valores absolutos e relativos; e as variáveis numéricas, em medida de tendência central e de dispersão. Para avaliar os fatores associados ao risco de fragilização e a polimedicação, foi realizado o teste do qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$ como significante. No caso de variáveis numéricas, as mesmas foram categorizadas para a análise bivariada adotando-se a mediana.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob o código 06.458.4.03.III.

RESULTADOS

Foram entrevistados 135 idosos com idade entre 60 e 93 anos ($72,4 \pm 7,29$), sendo que 62,2% foram representados por mulheres.

Foi referida a presença de problemas de saúde por 128 (94,8%) idosos, com uma média de 3,0 ($\pm 1,87$) problemas por idoso, variando de zero a nove problemas. Os problemas de saúde referidos mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (51,8%), labirintite (25,2%), diabetes (22,9%), depressão (21,5%) e ansiedade (21,5%).

Quando indagados a respeito de quedas no último ano, 42 (31,3%) referiram ter sofrido; destes, dez (20,8%) apresentaram fraturas em função das referidas quedas.

Aplicando-se a questões sugeridas por Veras¹ sobre os fatores de risco de admissão hospitalar, foram obtidas as respostas apresentadas na tabela 1. Quanto ao grau de risco calculado segundo Pacala et. al.,⁹ observou-se que 88,1% dos idosos estão classificados no baixo risco.

Tabela 1 - Distribuição dos fatores de risco para internação hospitalar. Tubarão, SC, 2009.

Fator de Risco	n	%
Autopercepção de saúde (N = 134)		
Excelente	15	11,2
Muito boa	51	38,1
Boa	49	36,6
Média	16	11,9
Ruim	3	2,2
Hospitalizações nos últimos 12 meses (N = 105)		
Nenhuma vez	85	81,0
1 vez	14	13,3
2 ou mais	6	5,7
Consultas médicas nos últimos 12 meses (N = 122)		
Nenhuma vez	14	11,5
1 vez	21	17,2
2 ou 3	46	37,7
4 a 6	30	24,6
Mais de 6	11	9,0
Diagnóstico de diabetes nos últimos 12 meses (N = 127)		
Sim	12	9,4
Diagnóstico de doença cardiovascular nos últimos 12 meses (N = 128)		
Sim	21	16,4
Sexo (N = 135)		
Masculino	51	37,8
Apoio Social ^a (N = 135)		
Sim	127	94,1
Distribuição por faixa etária (N = 134)		
60-64	20	14,9
65- 74	64	47,8
75-79	25	18,6
80-84	19	14,2
≥ 85	6	4,5
Grau de risco ^b (N = 135)		
Baixo	119	88,1
Médio	12	8,9
Médio/alto	4	3,0
Muito alto	0	0,0

^aApoio Social: disponibilidade de cuidados por familiares, amigos e vizinhos.

^bSegundo os parâmetros de Pacala et al.⁹

Quanto à utilização de medicamentos de uso contínuo, 117 (86,7%) responderam afirmativamente, referindo utilizar entre um e 13 medicamentos, conferindo uma média de 3,5 ($\pm 2,25$) medicamentos por idoso. Destes, 29 (21,5%) foram classificados como polimedicados, ou seja, utilizavam cinco ou mais medicamentos simultaneamente.

Entre as classes terapêuticas mais frequentes estão: cardiovascular (42,3%), onde se destacam a hidroclorotiazida, usada por 17,8% dos idosos, o captopril (11,8%), o enalapril (10,4%), o atenolol (9,6%) e o losartan (8,1%); sistema nervoso (21,2%), onde se destacam o clonazepam (7,4%) e o *Ginkgo biloba* (6,7%); trato alimentar e metabolismo (18,0%), tendo como principais representantes o carbonato de cálcio (7,4%), o

omeprazol (8,9%), a metformina (16,3%) e a glibenclamida (7,4%); e sangue e órgão formadores de sangue, representando 6,9% dos medicamentos e cujo principal representante foi o ácido acetilsalicílico, utilizado por 15,6% dos idosos.

Quanto ao uso de antibiótico no último mês, 19 (14,3%) idosos responderam afirmativamente, sendo que os mesmos foram indicados por um profissional prescritor em 89,5% das situações.

Segundo o critério de medicamentos potencialmente impróprios para uso em idosos,⁵ pode-se verificar que 13 medicamentos foram classificados desta forma (tabela 2), sendo utilizados por 23 (17,0%) idosos. Dos idosos que sofreram quedas no último ano, três utilizavam benzodiazepínicos de longa duração.

Tabela 2 - Medicamentos potencialmente inapropriados utilizados pelos idosos segundo Fick et al.⁵ Tubarão, SC, 2009. (N = 27)

Medicamentos inapropriados	Código ATC ^a	n	%	Severidade ^b
Alprazolam	N05BA12	2	7,4	Alta
Amiodarona	C01BD01	1	3,7	Alta
Amitriptilina	N06AA09	3	11,2	Alta
Clonidina	C02AC01	2	7,4	Baixa
Diazepam	N05BA01	2	7,4	Alta
Digoxina	C01AA05	1	3,7	Baixa
Doxazosina	C02CA04	2	7,4	Baixa
Ergotamina	N02CA02	1	3,7	Baixa
Fluoxetina	N06AB03	4	14,8	Alta
Lorazepam	N05BA06	2	7,4	Alta
Metildopa	C02AB01	2	7,4	Alta
Nifedipina	C08CA05	4	14,8	Alta
Ticlopidina	B01AC05	1	3,7	Alta
Total		27	100,0	

a. Medicamentos classificados segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* - ATC.¹¹

b. Severidade segundo Fick et al.⁵

Avaliando-se o uso de medicamentos por automedicação, 70,8% dos idosos afirmaram adotar esta prática e 64,4% referiram utilizar plantas medicinais. Quanto ao uso de plantas, 65 idosos citaram 44 diferentes plantas medicinais, sendo que as mais comuns foram a hortelã (24,6%), o boldo (20,0%), a camomila (20,0%) e a erva cidreira (16,9%). É importante salientar que não foi realizada avaliação botânica das plantas citadas pelos idosos.

Analisando-se os fatores relacionados ao risco de fragilização, identificou-se que o sexo ($p=0,981$), a idade ($p=0,233$), o uso de medicamentos inapropriados ($p=0,367$), a prática da automedicação ($p=0,275$), a ocorrência de quedas (0,486) e o uso de plantas medicinais ($p=0,199$) não se mostraram associados. Por outro lado, polimedicação ($p<0,001$), possuir mais que três problemas de saúde ($p<0,001$) e ter usado antibiótico no último mês ($p=0,015$) associaram-se de forma significativa ao risco de fragilização proposto por Pacala et. al.⁹

A polimedicação, por sua vez, não esteve associada ao sexo ($p=0,201$) e à idade dos entrevistados ($p=0,695$).

DISCUSSÃO

O perfil dos idosos demonstra que esta população apresenta vários problemas de saúde, em especial problemas crônicos que necessitam de medicamentos de uso contínuo, com prevalência dos problemas cardiovasculares, como demonstrado em outros trabalhos.^{3,6,12,13} Este resultado destaca a importância de desenvolver ações educativas para a promoção de estratégias que visem à adesão terapêutica nestes problemas de saúde.¹⁴

Ao se verificar quais os medicamentos utilizados pelos idosos, 13 foram classificados como impróprios, totalizando 6,5%, sendo que os mais frequentes foram o nifedipino, a fluoxetina e a amitriptilina. Em trabalho desenvolvido por Rozenfeld e colaboradores,¹⁵ identificou-se percentual um pouco maior de consumo destes

medicamentos (10%), sendo os mais comuns os relaxantes músculo-esqueléticos, anti-histamínicos e benzodiazepínicos. Esses medicamentos devem ser evitados pelos idosos, por apresentarem risco para essa população, uma vez que podem predispor a fragilização, o que não foi identificado nesta pesquisa.

Identificou-se que três dos idosos que utilizavam benzodiazepínicos de longa duração sofreram quedas no último ano. Apesar de não ter sido verificada relação direta entre o uso da medicação e a queda, sabe-se que estes medicamentos são potencialmente impróprios para uso em idosos por este motivo. Neste caso, o risco de quedas entre idosos que utilizam benzodiazepínicos tem sido atribuído a certas propriedades desses medicamentos, como a atividade sedativa, que pode causar alterações psicomotoras, e o bloqueio á-adrenérgico, que aumentaria a probabilidade de hipotensão postural.¹⁶

A porcentagem de utilização de antibióticos pela população do estudo (14,3%) é muito semelhante a do estudo de Tibincoski e colaboradores⁶ (12,9%). A utilização desses medicamentos por idosos acaba se tornando comum, pois em função da fragilidade clínica, há uma susceptibilidade maior a infecções, dado confirmado neste trabalho pela associação deste fator com o risco de fragilização ($p=0,015$).

Neste estudo, observou-se a adoção da automedicação e de plantas medicinais. Essa prática deve ser modificada, pois assim como os medicamentos usados no autocuidado, as plantas também podem interagir com os medicamentos de uso contínuo, predispondo os pacientes a reações adversas e toxicidade, devendo ser utilizadas de forma racional para evitar prejuízos à saúde e possíveis interações.⁷

Em comparação ao estudo de Veras,¹ no qual 75,8% dos idosos pesquisados apresentam baixo risco de adoecer, o presente estudo teve resultado ainda melhor, pois mostrou que quase 90% da população em questão foram classificados no baixo risco de fragilização – portanto, têm menor

chance de sofrer admissão hospitalar. Esta diferença talvez esteja relacionada às diferenças metodológicas na seleção da amostra das duas pesquisas, ou seja, naquela de Veras¹ a pesquisa foi realizada com idosos que procuraram o serviço ambulatorial (o que geralmente ocorre por problemas de saúde), enquanto no presente trabalho, os idosos foram entrevistados no ambiente domiciliar. Neste caso, ambiente domiciliar, é maior a possibilidade de serem entrevistados idosos com melhores condições de saúde e, portanto, menor risco de fragilização.

Por outro lado, o maior risco de fragilização nesta pesquisa foi associado ao uso dos antibióticos, a presença de múltiplos problemas de saúde e a polimedicação, isto ocorre pelo fato de que os idosos com estas características estão mais propensos ao desenvolvimento de interações medicamentosas e reações adversas, bem como, complicações advindas dos próprios problemas de saúde o que aumenta a chance de internações hospitalares.

Mesmo que a princípio Luchetti et al.¹³ tenham identificado que o sexo e a idade predisponham à polimedicação, no presente trabalho não se verificou tal associação dessas variáveis com a polimedicação, nem com o risco de fragilização. Isto deve ser mais bem investigado

em novas pesquisas com idosos com características diferentes, como os institucionalizados ou aqueles que procuram os serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Observaram-se alta prevalência de polimedicação, uso de medicamentos impróprios, uso de antibióticos, prática da automedicação e uso de plantas medicinais. Esta situação faz com que esses idosos se predisponham a problemas relacionados ao uso de medicamentos e mesmo de planta medicinais.

Mesmo que o risco de fragilização tenha sido calculado sobre uma planilha desenvolvida em outro país,⁹ os dados apontam para uma população com baixo risco, o que é adequado para idosos em ambiente domiciliar. Se na pesquisa os idosos de baixo risco foram 88%, isso condiz com os achados de Veras, que refere 11% de prevalência para risco de fragilidade – portanto, de acordo com o esperado.

Propõe-se a realização de novas pesquisas que busquem identificar os riscos de fragilização em outras populações de idosos, em especial em ambientes com maior morbidade, como os de pacientes hospitalizados e institucionalizados em locais de longa permanência.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 705-715.
2. Lojoduci DC, et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(3): 403-412.
3. Galato D, Silva ES, Tibúrcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina: um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15(6): 2899-2905.
4. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12: 213-220.
5. Fick DM, et al. Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2716-2724.
6. Tibincoski KM, et al. Uso de medicamentos no tratamento de idosos atendidos em unidade básica de saúde no Sul de Santa Catarina: um olhar sobre o uso de antibacterianos. *Arq Cat Med* 2007; 36: 12-17.
7. Cascaes EA, Falchetti ML, Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *Arq Cat Med* 2008; 37: 63-69.
8. Negri LSA, et al. Aplicações de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciênc Saúde Colet* 2004; 9 (4): 1033-1046.

9. Pacala JT, Boulton C, Boulton L. Predictive validity of a questionnaire that identifies older persons at risk for hospital Admission. *J Am Geriatrics Society* 1995; 43: 374-377.
10. Dutra MM, et al. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(1): 106-112.
11. World health organization. Complete anatomic therapeutic chemical index. [Accessed in 10 Mar 2011]. Available from URL: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
12. Zamparetti FO, Luciano LTR, Galato D. Estudo de utilização de medicamentos em uma instituição de longa permanência para idosos do Sul de Santa Catarina. *Lat Am J Pharm* 2008; 27(4): 553-559.
13. Luchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(1): 51-58.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra: OMS; 2002.
15. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23: 34-43.
16. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5): 1359-1366.

Recebido: 23/3/2011

Revisado: 18/5/2011

Aprovado: 05/7/2011

Percepção de idosos sobre o papel do Psicólogo em Instituições de Longa Permanência

Elderly's perception of the role of the Psychologist at Homes for the Aged

Jimilly Caputo Corrêa¹
 Maria Elisa Caputo Ferreira¹
 Vanessa Nolasco Ferreira¹
 Eliane Ferreira Carvalho Banhato²

Resumo

Este trabalho se propôs a descrever a percepção de idosos institucionalizados sobre o papel do profissional psicólogo junto à população abrigada das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) da cidade de Juiz de Fora-MG. O universo da pesquisa abrangeu as instituições cuidadoras e cadastradas junto ao Conselho Municipal do Idoso da referida localidade. Quanto à metodologia, procedeu-se a estudo qualitativo exploratório utilizando a Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin como ferramenta para o tratamento dos dados. Os critérios de inclusão utilizados foram: 1) ser residente em ILPI; 2) ter 60 ou mais anos de idade; 3) aceitar participar; e 4) ser capaz de responder às perguntas formuladas. Constitui-se amostra por conveniência de 34 idosos que apresentaram as seguintes representações acerca do papel do psicólogo: relevância e pertinência de seu trabalho, não percebendo a presença de pontos negativos no trabalho deste profissional nas ILPIs. Identificou-se ainda que as áreas de atuação psicológica mais apontadas foram as relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento dos residentes naqueles locais.

Palavras-chave:

Envelhecimento. ILPI. Psicólogo.

Abstract

This study aimed to describe the perception of institutionalized elderly about the role of the psychologist with the population housed at homes for the aged in the city of Juiz de Fora-MG. The research covered the caregivers and institutions registered with the City Council of the Elderly of that city. Regarding methodology, it is a qualitative exploratory study using content analysis at Bardin's perspective to treat the data. The inclusion criteria were: 1) living at a Home for the Aged; 2) be 60 years old or more; 3) agree to participate in the research; and 4) be able to answer the questions. A convenience sample comprised 34 subjects who presented the follow representations about the role of the

Key words: Aging. Homes for the Aged. Psychologist.

¹ Programa de Pós-graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG.

² Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia. Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG.

psychologist: relevance and pertinence of the job, not perceiving negative aspects at the work of these professional at the Homes for the Aged. It was also found that psychological practice areas mentioned most frequently were related to prevention, diagnosis and treatment of those who live in those places.

INTRODUÇÃO

A revolução tecnológica das últimas décadas vem promovendo significativa transformação nas condições socioeconômicas e de saúde em todo o mundo. Em consequência, a diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade acarreta o fenômeno de transição demográfica, com o aumento significativo no número de idosos.¹

No Brasil o envelhecimento é uma realidade, sendo que 11,3% da população brasileira são formados por idosos. Esse rápido crescimento – dezenas de milhões – foi mais observado a partir do ano de 2005, quando as pessoas nascidas nas décadas de 1940 a 1950 começaram a atingir os 60 anos de idade.²

Até o início do século XX, a expectativa de vida era de 33,7 anos. No início da década de 50, atingiu a marca dos 43,2 anos e, em 2000, alcançou 68,5 anos. E as projeções apontam para 72 anos em 2025.³ Além disso, é significativo o percentual de pessoas com idade entre 80 ou mais anos. O número de centenários está projetado para aumentar 15 vezes, passando de 145 mil, em 1999, para 2,2 milhões de indivíduos em 2050.⁴

Mas, se é certo que se vive mais anos, objetivo perseguido pelo homem durante séculos, também é verdade que tal realidade é desafiadora. É grande o impacto social e econômico decorrente do crescimento populacional. Como exemplo, cita-se a necessidade de anexar o processo de promoção integrada de políticas aos aspectos ligados a moradia, nutrição, educação, igualdade de oportunidades entre os sexos, etc.⁵

Sob a ótica da economia, sobretudo na Previdência e na assistência à saúde, a atuação preventiva e curativa representa significativo impacto na política financeira. Desse modo, as questões

ligadas à maior expectativa de vida levam a importantes mudanças na conduta social.⁶ Citam-se ainda os riscos ambientais, oriundos da falta de acessibilidade e da vida urbana não adaptada ao idoso, e os riscos de saúde, que podem levar à perda de autonomia e capacidade funcional, devido a doenças crônicas e degenerativas.⁷ Assim, envelhecer de forma saudável nos dias atuais traz consigo a necessidade de desenvolver estratégias de adaptação à nova configuração social decorrente das profundas mudanças observadas em nossa sociedade.

Nessa perspectiva, o envelhecimento como fator natural tem-se mostrado, nas últimas décadas, objeto de atenção de todas as áreas profissionais e da cultura sócio-educativa em nível mundial. Diversos órgãos brasileiros, governamentais e não-governamentais, têm se dedicado ao estudo sistematizado da população idosa com o objetivo de melhor conhecer suas necessidades e elaborar políticas de saúde e sociais adequadas.⁴

A responsabilidade pelo idoso é atribuída fundamental e legalmente à família, como apontam os estudos de Debert.⁸ Muitas vezes, no entanto, os familiares se veem impedidos de exercer tal tarefa, devido a suas obrigações particulares, à necessidade imperiosa de trabalhar para o próprio sustento, bem como para garantir o bem-estar do parente idoso. Estes fatores, na maioria das vezes, são determinantes para que a família opte pela institucionalização. Assim, com base nas realidades do mundo contemporâneo e nas necessidades de assistência e provisão dessa população, a Lei nº 8.842/94, e sua regulamentação no Decreto nº 1.948/96, asseguram aos indivíduos com 60 ou mais anos de idade, uma velhice assistida, na inexistência do grupo familiar, abandono e carência de recursos.⁹ Cabe ao Estado o encaminhamento dos idosos às Instituições de Longa Permanência para Idosos

(ILPIs), desde que comprovadas as impossibilidades e recursos da família em assisti-lo.

Historicamente, as instituições asilares são vistas de forma preconceituosa pela sociedade e recebem conotação inadequada para a sua atividade e rotina. Nem sempre, no entanto, elas são o local onde se abandona ou se negligencia a velhice. Apesar disso, é certo que deixar a condição de morar sozinho ou em família para a condição de asilado é uma mudança que exige esforço de adaptação e aceitação.¹⁰

A transição geralmente representa um impacto para o idoso, pela perda de referências e do sentimento de pertença, trazendo repercussões no estado emocional, nas relações e na saúde de quem vive asilado. A partir do asilamento nas ILPIs, a possibilidade de o idoso administrar seu tempo, seu espaço, suas decisões e relações se apresentam, em geral, perdidas, e seu querer se torna o querer da instituição, fazendo com que submeta sua vontade à vontade e às decisões administrativas da mesma.¹⁰

Dentre os inúmeros aspectos necessários para a manutenção da boa qualidade dos serviços prestados por essas instituições, é importante ressaltar o papel do profissional psicólogo. Com a função primordial de possibilitar aos idosos asilados a busca de um sentido para suas experiências de vida e o enfrentamento da velhice sob a ótica psíquica, o psicólogo deve promover, nesses locais, atividades em grupo como um recurso terapêutico intermediando construções de laços sociais e afetivos.¹¹

A observação prática aponta, no entanto, que ainda são poucas as instituições que contam com a presença desse profissional em seu quadro de trabalhadores. E essa situação pode acabar comprometendo a percepção que os idosos institucionalizados possam ter do papel desse profissional em uma ILPI.

O presente trabalho teve o objetivo geral de identificar as percepções que os idosos institucionalizados na cidade de Juiz de Fora-MG possuem sobre a importância do trabalho do psicólogo em instituições. De modo

específico, pretendeu-se levantar o percentual de profissionais psicólogos em exercício profissional em ILPIs da referida cidade.

METODOLOGIA

O presente estudo utilizou o referencial teórico qualitativo exploratório, a fim de buscar conhecer as especificidades da percepção dos idosos residentes nas ILPIs frente ao papel do psicólogo na instituição. O referido delineamento foi escolhido a fim de tornar os procedimentos metodológicos claros e objetivos e permitir apurar os dados com o rigor objetivo, sem perder o caráter subjetivo dos mesmos.¹²

Participantes

O público-alvo desta pesquisa foram os idosos residentes em ILPIs selecionados por conveniência, ou seja, a partir do cadastro no Conselho Municipal do Idoso da cidade de Juiz de Fora-MG. Os critérios de inclusão na amostra foram: 1) ser residente em ILPI; 2) ter 60 ou mais anos de idade; 3) aceitar participar; e 4) ser capaz de responder às perguntas formuladas. Foram excluídos os idosos que se recusaram a participar do estudo ou que foram apontados pelas instituições como comprometidos cognitivamente e funcionalmente. Desse modo, o estudo contou com um total de 34 idosos, de ambos os sexos. As idades foram compreendidas entre 60 a 95 anos com média de 76,18 (DP = 10,30) anos.

Instrumentos

Realizou-se entrevista semiestruturada composta por questões abertas que investigaram a percepção dos idosos sobre o papel do psicólogo na instituição, e fechadas que versavam sobre os dados sociodemográficos dos mesmos idosos.

Procedimento

Para obter um padrão adequado sobre as funções do psicólogo e seus atributos em ILPIs, construiu-se um questionário, que foi submetido

a um conselho de juízes, constituído por seis psicólogos especializados na área organizacional e institucional, que julgaram quais seriam as principais funções do psicólogo em instituições asilares.

A entrevista com os juízes abordou os seguintes questionamentos: quais são as atribuições do psicólogo na instituição de longa permanência para idosos? Assim, eles respondiam sobre suas funções na instituição e o modo de realizá-las na mesma, ou como as interpretavam.

As perguntas relacionadas ao papel do psicólogo na instituição foram: *Qual a importância do psicólogo na instituição de longa permanência para idosos? Quais os pontos positivos de se ter um psicólogo na instituição? Quais os pontos negativos de se ter um psicólogo na instituição?* Deste modo, os idosos respondiam como eles reconheciam a importância do profissional naquela ILPI.

Quanto à seleção das instituições, realizou-se inicialmente um levantamento das ILPIs cadastradas no Conselho Municipal do Idoso de Juiz de Fora-MG. Todas elas foram visitadas (11 no total) e, nesse momento, identificaram-se as que possuíam o psicólogo em seu quadro de profissionais.

A partir daí, foram incluídas no presente estudo as que estavam regularmente reconhecidas como ILPI, tanto de caráter público quanto privado, e sem fins lucrativos; as que possuíam cadastro junto ao Conselho Municipal do Idoso de Juiz de Fora-MG e as que contavam com o trabalho do psicólogo em seu quadro profissional. Sob esse critério, foram identificadas seis instituições, das quais uma possuía psicólogo, mas os idosos não eram autônomos, ou seja, não respondiam por si, e as autorizações com os familiares eram restritas. Desse modo, somente cinco instituições participaram da pesquisa.

As instituições recebiam uma cópia do projeto e uma carta solicitando permissão para o desenvolvimento do estudo. O consentimento era referendado pela entrega de um termo de aceite por parte da instituição. As visitas às ILPIs selecionadas ocorreram em setembro e outubro

de 2009, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – CES/JF, sob o número 245.18.09.2009.

Todos os idosos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e solicitados a participarem da mesma. As pessoas que concordavam em colaborar assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos Dados

O questionário demográfico e as questões relativas à percepção do papel do psicólogo nas ILPIs foram aplicados individualmente. O pesquisador lia as questões em voz alta e, em seguida, os participantes eram solicitados a responderem, havendo gravação e transcrição integral da entrevista, conforme previsto no termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, essas questões foram avaliadas segundo a técnica de Análise de Conteúdo.¹²

Os dados foram analisados procedendo-se, em primeiro lugar, a uma leitura flutuante de todo o material transcrito. Em seguida, foi feita uma pré-análise e criado um perfil dos participantes. O terceiro passo foi o recorte, agregação e enumeração dos dados, permitindo esclarecer os indícios de categoria. Passou-se à categorização propriamente dita, construindo-se, assim, um *corpus* de análise que levou à elaboração de indicadores para a discussão final e posterior inferência, comparando-se os resultados obtidos com as referências presentes na literatura.¹²

RESULTADOS

Identificaram-se 11 ILPIs cadastradas junto ao Conselho Municipal do Idoso, das quais apenas 45,4% (n=6) apresentavam psicólogos em exercício profissional.

Foram entrevistados 34 idosos. A média de idade encontrada foi de 76,29 anos (DP = 10,09). Da amostra total, 64,7% (n=22) eram do sexo feminino, com média etária igual a 77,27 anos (DP = 8,69). No grupo masculino, a média etária

foi de 74,50 anos (DP= 12,50). Quando avaliados por faixas etárias, verificou-se que o grupo de idosos jovens (60-69 anos) foi constituído por 11 idosos com média de 64,91 (DP= 3,48) anos. O grupo de idosos com 70-79 anos (idosos-médios) foi formado por oito pessoas com média de idade de 73,63 (DP= 3,42) enquanto os idosos-idosos (igual ou acima de 80 anos) totalizaram 15 indivíduos e a média de idade foi de 86,07 (DP= 4,18) anos.

Quanto à escolaridade, a média de anos estudados foi de 6,00 anos (DP= 3,86). É importante destacar que, da amostra total, 5,9% (n= 2) eram analfabetos, enquanto 17,6% (n= 6) possuíam 12 ou mais anos de escolaridade. Quando avaliado por gênero, verificou-se que a média de escolaridade entre as mulheres foi de 6,50 anos (DP= 3,78), enquanto o grupo masculino obteve média de 5,08 (DP= 4,01) anos.

No que se refere ao estado civil, foi predominante o número de viúvos (52,9%; n= 18). A frequência de solteiros foi de 32,4% (n= 11). Chamou atenção a presença de uma pessoa ser casada (2,9%), porém seu cônjuge morava fora do ambiente da instituição.

Para avaliar a percepção dos idosos quanto à presença do psicólogo, fez-se a seguinte pergunta: “Qual a importância do psicólogo na Instituição de Longa Permanência para Idosos?”. As respostas variaram segundo as categorias:

1) Ajudar/dar assistência: quando os idosos falam em ajuda, é relacionado à administração de medicação, dar assistência às pessoas que não estão conscientes no sentido de evitar cenas desagradáveis, ajudar nas tarefas cotidianas.

2) Conversar e orientar: bater-papo, aliviar no momento de sofrimento, ter uma palavra em todos os momentos.

3) Falar pelos outros: transmitir algo que o idoso não consegue falar, seja porque não tem instrução ou devido as limitações.

4) Manter o equilíbrio da instituição: manter a boa convivência entre as pessoas.

As categorias para a amostra total com as respectivas frequências estão descritas na tabela 1.¹³ Destacou-se que um idoso confundiu a psicóloga com a fisioterapeuta, dizendo que ela “mexia com os braços e as pernas”; foi preciso explicar quem era a psicóloga (falar o nome e características, como por exemplo, “mexe com a cabeça”), mas mesmo assim ele não soube falar da importância da mesma. De acordo com a psicóloga da instituição, os idosos não têm claramente definidos os papéis dos profissionais, pois todos estão sempre vestidos da mesma maneira, de jalecos brancos, e não conseguem fazer a distinção dos mesmos, explicando que seria necessário falar de psicólogo como “aquele que mexe com a cabeça”.

Tabela 1 - Frequência de respostas da amostra total.¹³ Juiz de Fora, MG, 2009. (N= 34)

Categorias	n	%
Conversar e orientar	20	58,82
Ajudar/Dar assistência	11	32,35
Resolver problemas	4	11,76
Incentivar	3	8,82
Vigiar	2	5,88
Falar pelos outros	2	5,88
Chamar a atenção para algo errado	2	5,88
Manter o equilíbrio da instituição	2	5,88

É interessante apontar que seis pessoas responderam não precisar de psicólogo, não terem contato e que psicólogo é para quem não está consciente, ou seja, “o psicólogo é para quem vacila”; sempre ressaltando que “eu não estou assim”.

A maior frequência de respostas nas mulheres foi ajudar (11), orientar (9) e conversar (8). Com relação aos homens foram bem diversas, como: boa, ajudar, chamar atenção para algo errado, resolver problemas e conversar. Isso pode ser visto nas falas coletadas e a seguir expostas:

“As pessoas que tem problemas, ela dá conselho, orienta, ajuda as pessoas que as vezes já não tem a cabeça boa” (W.73a.).

“Orientar para ajudar no que é melhor para ele, dar uma dica” (M.T.60a.).

“A psicóloga vai conversar com todos pra saber cada um o que que precisa. Orientações de acordo com o desenvolvimento, a pessoa ir melhorando” (M. 91a.).

Ainda sobre ter um psicólogo na instituição, 70,59% (n=24) da amostra geral responderam não perceberem pontos negativos; 8,82% (n=3)

reclamaram da falta de atividades ou cuidados específicos, como por exemplo, artesanato, boa comida, cuidados na hora do banho; duas pessoas não souberam responder e as respostas com menor frequência (uma vez) foram: ser chamado a atenção, o psicólogo não poder conversar com cada um separadamente, ou seja, atendimento individual; e não estar satisfeito em estar no asilo. As falas dos idosos ilustram as informações:

“Ah, o que ele ajuda aqui é, faz reunião com a gente né, então ele é muito bom por isso, porque ele ajuda a tomar conta né, de certas coisas erradas que dá né, então é bom é por isso” (M. 77a.).

“Ela pode conversar com, com, bom aí com o chefe, e conversar com as cozinheiras” (W.73a.).

Na fala das mulheres, 59,09% (n=13) disseram não ter pontos negativos quanto ao trabalho do psicólogo; no entanto, o restante da amostra apontou este aspecto como chamar atenção, criticar a instituição, não ter conversa individual e não gostar de estar no asilo. Já com os homens, 91,67% (n=11) responderam não ter ponto negativo e um idoso reclamou de faltar algo na instituição. Os pontos positivos ditos nas entrevistas são mostrados na tabela 2.¹³

Tabela 2 - Pontos positivos de acordo com as respostas dos idosos da amostra total.¹³ Juiz de Fora, MG, 2009. (N=34)

Categorias	n	%
Orientar	8	23,53
Conversar	6	17,65
Ajudar	3	8,82
Aconselhar	4	11,76

Para as mulheres, o ponto positivo é: orientar, 22,73% (n=5); 13,64% (n=3) responderam: dar conselho, ajudar, conversar. As falas menos frequentes foram: realizar reunião, explicar, festas, fazer o que o psicólogo estudou, unir, incentivar, apoiar, não deixar fazer coisa errada, ter trabalho em equipe. E respostas vagas: tudo de bom, muita coisa; além de: não ter e não saber. Do total de pessoas que responderam à pesquisa, as respostas de dez idosos do sexo masculino mais frequentes

foram: aconselhar, muitas coisas, dar atenção, conversar, orientar. Conforme os participantes demonstraram nas falas:

“Ajuda, com problema do INPS, dinheiro pra depositar” (A.66a.).

“Ajudar na harmonia das pessoas, respeito, atenção, compreensão, da sua idade, dos seus problemas” (J.A. 73a.).

“É importante o trabalho da psicóloga com a assistente social, isso é fundamental e assim é o trabalho em equipe, eu acho, da psicóloga” (Z.85a.).

Outras atribuições que o psicólogo deve ter ao trabalhar numa instituição, colocadas pelos juízes, são: estudar aspectos psicológicos e psicopatológicos do envelhecimento; tratar de mudanças emocionais e cognitivas; fazer intervenções em problemas relacionados a doenças e dores crônicas, sendo estas intervenções em grupo, oficinas e individuais, além de trabalhar com a família; auxiliar os profissionais (principalmente os cuidadores) no manuseio com os residentes, a fim de que entendam a importância do diálogo nas suas atividades (por exemplo, falar o que irão fazer com o idoso); promover o convívio social, o bom relacionamento entre todos que ali estão (idosos, família, profissionais). Nas falas dos juízes, é possível verificar essas informações:

“O psicólogo pode atuar com enfoques diferentes dependendo das condições físicas e mentais do público que irá atender” (Juiz J.)

“Além das atribuições de um profissional de psicologia, o setor desenvolve também ações paralelas com a finalidade de melhor atendimento e prestar maior segurança e assistência biopsicossocial ao interno atendido” (Juiz M.)

Algumas atribuições do psicólogo foram ditas pelos idosos e pelos juízes, outras foram comentadas apenas pelos juízes. De modo geral, elas dizem respeito aos serviços mais internos e burocráticos, não envolvendo o idoso diretamente. Talvez por isso, essas atribuições estão ausentes nas falas dos idosos, mas são papéis importantes para o funcionamento da instituição e o bom atendimento ao idoso. Exemplos de tais atividades seriam: admissão e entrevistas com idosos ingressantes na vaga, encaminhamentos, acolhimento e acompanhamento psicológico com o idoso durante o processo de adaptação, acompanhamento e evolução de internos, seleção de novos funcionários, treinamento e capacitação dos mesmos, atendimento ao público externo (estudantes, grupos religiosos, visitas de escolas), atuação no trabalho em rede (UBS, Departamento

de Saúde da Terceira Idade, etc.), adequação da instituição ao Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos – RDC nº283, de setembro de 2005.

DISCUSSÃO

Notou-se que as respostas dos psicólogos das instituições quanto ao papel deste profissional numa ILPI são condizentes com as dos juízes, ou seja, quando foram perguntados “quais são as atribuições do psicólogo na instituição de longa permanência para idosos” estes responderam: organização de eventos, orientações, aconselhamento, fazer reuniões, ter responsabilidade de técnico (relações com gerência, dinheiro, telefonema), incentivar as capacidades dos idosos, realizar atividades para estimular a capacidade funcional e cognitiva, trabalho com equipe (fisioterapia), dinâmica de grupo.

O trabalho em equipe, encontrado na fala dos idosos, esteve em consonância com as respostas dos juízes, que relataram ser uma atribuição do psicólogo, além de ser encontrada na literatura¹⁴⁻¹⁷ a importância de outros profissionais de outras áreas no trabalho em conjunto. Exemplo dessa atuação pode ser visto em organizações ligadas à saúde, como hospitais e instituições de longa permanência, onde o psicólogo pode atuar junto à própria equipe de saúde, trabalhando suas crenças e angústias em relação à velhice em geral e, em especial, aos significados de seu próprio processo de envelhecimento. É importante trabalhar essas questões junto aos profissionais de saúde, devido à influência que têm em suas vidas pessoais e à interferência que podem provocar no tipo de atendimento dado aos idosos.¹⁵

No âmbito das instituições cuidadoras de idosos, a questão do atendimento interdisciplinar constitui um fato.¹⁶ O trabalho do psicólogo contribui para a estruturação da equipe de trabalho ao exercer a possibilidade de escutar a demanda grupal e intervir em questões relativas à instituição.¹⁷

O que foi relatado pelos idosos e os juízes está de acordo com a literatura,^{15,17,18} quando se fala dos serviços de recursos humanos (seleção, treinamento), trabalho em equipe, dinâmicas, atendimento em grupo e individual, famílias, comunicação com a rede. A inclusão da família no atendimento ao idoso formou uma rica parceria, contribuindo para a desmistificação com relação à institucionalização e diminuição de preconceitos antes existentes nas famílias em que a prática ocorria.¹⁸

Com relação aos serviços de recursos humanos, tem-se “ofertas de serviços a idosos”.¹⁹ Também pode ser verificado que estar no asilo é uma situação que incomoda alguns idosos, seja por querer estar em outro local ou por quererem comer coisas diferentes e tomar banho como tomavam antes das limitações. Verificam-se na literatura os diversos motivos da institucionalização.¹⁰

Observou-se, nas falas dos idosos, que o ponto positivo e a importância de ter um psicólogo se relacionam com momentos de promover atividades que de modo geral os favoreçam, seja com festas ou de maneira indireta (resolução de problemas, ações na gerência) para seu bem-estar, e o quão importante é a profissão do psicólogo, que os mantém em constante atividade. No entanto, de acordo com algumas falas dos entrevistados, o psicólogo ainda é confundido com profissionais de outras áreas ou os idosos nem percebem que naquela ILPI existe este profissional; e quando o psicólogo mantém contato com os idosos, nota-se a falta de conhecimento sobre o papel desse profissional.

De acordo com o artigo “A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão?”,²⁰ especialistas afirmam que não há o profissional da gerontologia “especializado”, mas são o médico, o assistente social, o psicólogo, o enfermeiro e outros profissionais que compõem o atendimento conjunto de uma instituição de longa permanência; são eles que se “especializam” em gerontologia, acompanhamento e atendimento de paciente e da população idosa. Desta forma, pode haver confusão, por parte dos idosos, em

distinguir os papéis de cada profissional dentro da instituição.²⁰

O levantamento das instituições no Conselho Municipal do Idoso apontou que, até o momento são 11 as ILPIs cadastradas, sendo que duas se encontram com documentação pendente. Além disso, são seis as que se encontram em situação irregular e sob risco de serem fechadas, por não atingirem as expectativas de bom atendimento ao idoso ou não estarem estruturadas segundo as novas normas de funcionamento. É importante ressaltar que é baixo o percentual de ILPIs que apresentam o psicólogo em seu quadro regular de profissionais.

Nota-se que ainda há muitas instituições em que o papel de psicólogo é repassado a outros profissionais da saúde ou não existe; pode acontecer que, quando houver um profissional capacitado para desempenhar determinada tarefa, os idosos confundem as funções de cada um. Deste modo, as atividades de estimulação aos idosos ficam precárias, havendo necessidade de explorar mais este assunto através de mais pesquisas dedicadas a estudar como o papel dos psicólogos constitui um diferencial na qualidade de vida dos idosos em ILPIs, e também no âmbito institucional, envolvendo a equipe da instituição.

Observou-se que as pessoas com mais idade estão sendo cada vez mais institucionalizadas, em função das necessidades do próprio idoso ou das circunstâncias familiares. De modo geral, os idosos-idosos são mais institucionalizados e prevalentes nas ILPIs, conforme apontaram os dados do presente estudo, corroborando a literatura especializada.^{2,10,15,18,21}

De acordo com a escolaridade, percebeu-se neste estudo que foram poucas as pessoas analfabetas institucionalizadas, o que é contrário aos dados descritos em estudos da área.²² Tal fato pode ser decorrente de uma tendência dos estudos na cidade de Juiz de Fora-MG para melhores condições de vida futura.

A viuvez apareceu na amostra como o estado civil predominante, mostrando que a

institucionalização é vista como um recurso para quem não possui uma pessoa para compartilhar as situações da vida. Houve um predomínio de mulheres institucionalizadas, o que demonstra a feminização da velhice, que é uma manifestação do processo de transição de gênero que acompanha o envelhecimento populacional em curso em todo o mundo.^{23,24}

CONCLUSÃO

O trabalho do profissional psicólogo dentro da instituição pode ser de grande importância para as pessoas que ali residem, na medida em que propicie melhores condições como autonomia, independência e aumento da autoestima dos idosos. Impulsiona-se assim a manutenção de um estilo de vida saudável, podendo reduzir a chance de ocorrência de condições que levam a patologias. Além de reforçar os recursos do próprio indivíduo para a preservação da saúde mental, estimula sua participação em atividades educacionais e sociais, a troca de apoio social, a criação de novos interesses e o estabelecimento de laços afetivos e apoia o engajamento em atividades que estimulem a criatividade, a sociabilidade e a participação comunitária, contribuindo para a realização de metas pessoais e dando um sentido pessoal à vida.

Destaca-se também o suporte que este profissional pode oferecer à instituição, de modo que as carências sejam supridas e se possível

oferecer melhores recursos aos idosos. Assim os idosos entrevistados ressaltaram a importância do profissional da psicologia e apontaram que este realiza tarefas capazes de melhorar sua qualidade de vida.

Entretanto, ainda há uma confusão quanto aos papéis do psicólogo e de outros profissionais, podendo-se pensar se as pessoas que estão nas instituições já não fazem distinção entre as funções, ou se realmente há confusão quanto à atuação deste profissional. Com isso ressalta-se a importância de os psicólogos marcarem seu espaço profissional, para que sejam vistos de maneira útil e benéfica aos que ali estão e que deles necessitam. Para que essas ações se concretizem é necessário mudar atitudes, práticas e políticas, ocasionando mudanças no envelhecimento, favorecendo o idoso e criando oportunidades de desenvolvimento pessoal.

Dentre as limitações deste estudo, cita-se uma pequena amostragem decorrente de vários fatores. O primeiro motivo seria a falta de psicólogo no quadro de trabalhadores das instituições. Outro fator observado foi o grande número de idosos institucionalizados incapacitados de responder o protocolo de investigação.

Ainda são limitadas as pesquisas no âmbito institucional, e o incentivo a esses estudos poderá trazer contribuições significativas para o campo da psicologia e melhores maneiras de trabalhar com os idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

1. Papaléo-Netto M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: Papaléo-Netto M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p.3-14.
2. Chaimowicz F; Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. *Rev. Saúde Pública* 1999 out; 33 (5): 454-60.
3. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE; 2004. Disponível em URL: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/migracao/censo2000_migracao.pdf > .
4. Freitas EV. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: Py L.; Pacheco JL, Goldeman SN. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2004. p. 19-35.
5. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, PL; Neri AL, Cañado FAX.; Gorzoni, ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 58-71.
6. Ramos LR. Epidemiologia do Envelhecimento. In Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan; 2002. p.383-93.
7. Quaresma MLB. Envelhecimento: questões de gênero. In: Corte B.; Mercadante EF, Arcuri IG. Envelhecimento e velhice: um guia para a vida. São Paulo: Vetor Editora; 2006. p.49-76.
8. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp; 1999.
9. Brasil. Lei nº 8.842 Política Nacional do Idoso 4 jan 1994. Diário Oficial da União 5 jan 1994.
10. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc. Enferm USP* 2007; 41(2): 229-36.
11. Alcântara AO. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. São Paulo: Editora Alínea; 2004.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Corrêa JC. O papel do psicólogo por idosos institucionalizados. Juiz de fora Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso]— Faculdade de Psicologia; 2009.
14. Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.
15. Neri AL. *Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice*. *Rev Bras Ciênc Envelhec Humano* [Acesso em 26 ago 2009. Disponível em: <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/46/55>].
16. Lustosa MA. Atendimento ao paciente idoso. *Rev. SBPH* 2007 dez; 10(2):7-11. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200003&lng=es&nrm=.
17. Lopes RGC, Barbieri NA, Gambale CA. Velhice contemporânea e atuação do psicólogo. In: Falcão DVS, Araújo LF. Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campinas: Alínea; 2009. p. 195-213.
18. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Contexto Enferm* 2008 abr/jun; 17(2): 273-9
19. Neri AL. O que a psicologia pode oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: Neri AL. Yassuda MS. Velhice bem sucedida. Campinas: Papirus; 2004. p. 13-27.
20. Pavarini SCI, Mendiondo MSZ, Barham EJ, et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Context Enferm* 2005 ; 14(3):398-402. [Acesso em 13 set 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11.pdf>].
21. Khoury HTT, Rêgo RCCS, Silva JC, et al. Bem-estar subjetivo de idosos residentes em instituições de longa permanência. In: Falcão DVS, Araújo LF. Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campina: Alínea; 2009. p. 103-118.
22. Araújo TCN, Alves MIC. Perfil da população idosa no Brasil. Textos sobre envelhecimento. Programas para a Terceira Idade: algumas reflexões. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ 2000; 3 (3): 7-19.
23. Neri AL. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2007.
24. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2008.

Recebido: 05/4/2011

Revisado: 27/7/2011

Aprovado: 15/9/2011

Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará

Fall-related factors in elderly residents in Fortaleza, Ceará State, Brazil

André Luiz Pimentel Cavalcante¹
Jaina Bezerra de Aguiar²
Luilma Albuquerque Gurgel³

Resumo

A queda é uma das consequências mais graves do envelhecimento, sendo reconhecida como importante problema de saúde pública. A pesquisa teve como objetivo investigar aspectos relacionados à ocorrência de quedas em idosos. Participaram do estudo 50 idosos, do bairro Cidade 2000, em Fortaleza-CE, sendo 64% do gênero feminino. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário. Observou-se que 42% dos idosos apresentaram, no mínimo, um episódio de queda nos últimos dois anos, dos quais 19% se encontravam entre 60 e 69 anos, 24% entre 70 e 79 anos e 57% entre 80 e 89 anos. As causas foram principalmente relacionadas ao ambiente doméstico inadequado (57%). Dentre os fatores relacionados ao ambiente doméstico que favorecem as quedas, o mais citado foi a existência de superfícies escorregadias (33%). A maioria dos participantes (80%) fazia uso de algum tipo de medicação prescrita por médicos, sendo os anti-hipertensivos utilizados por 42% do grupo. A consequência mais comum das quedas foi a fratura, indicada por 43% dos idosos, tendo sido mais frequente a fratura de rádio (56%). Outras consequências citadas foram trauma craniano (19%), depressão (19%) e ansiedade (19%). Necessitaram de internação hospitalar 33% dos idosos vítimas de quedas. A pesquisa aponta que 60% do grupo praticam atividade física regular e, dentre os sedentários, encontravam-se 90% dos idosos que haviam sido acometidos por quedas. Conclui-se que as quedas podem ser entendidas como eventos que podem, em parte, ser evitados através da adoção de programas e medidas preventivas simples.

Palavras-chave: Idoso.
Acidentes por Quedas.
Saúde do idoso. Causas Externas.

¹ Curso de Especialização em Saúde do Idoso. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

² Curso de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

³ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência / Correspondence

Luilma Albuquerque Gurgel
Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará
Av. Dedé Brasil, nº 1700, Campus do Itaperi
60.740-903 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: luilmagurgel@yahoo.com.br

Abstract

Fall is one of the most serious consequences of aging, being recognized as an important public health problem. The research aimed to investigate aspects related to occurrence of falls in older adults. Fifty elderly residents of the neighborhood Cidade 2000, in Fortaleza, Ceará state, participated in the study, 64% were female. For data collection a questionnaire was used. It was observed that 42% of seniors had at least one fall in the last two years, 19% of these were between 60 and 69 years, 24% between 70 and 79 years and 57% between 80 and 89 years. The causes were mainly related to inadequate home environment (57%). Among the factors related to the domestic environment, the most often cited was the existence of slippery surfaces (33%). Most participants (80%) used some type of medication prescribed by doctors, and antihypertensive drugs were used by 42% of the group. The most common consequence of falls was the fracture, indicated by 43% of elderly, the radius fracture was the most frequent (56%). Other consequences mentioned were head trauma (19%), depression (19%) and anxiety (19%); 33% of elderly victims of falls required hospitalization. The survey found that 60% of the group reported regular physical activity and 90% of elderly people who had falls were sedentary. We conclude that falls can be understood as events that may in part be avoided by adopting simple preventive measures and programs.

Key words: Aged. Accidental Falls. Health of the Elderly. External Causes.

INTRODUÇÃO

Com o avançar da idade, ocorre diminuição da eficiência dos sistemas sensoriais (vestibular, visual, somatossensorial). Essa alteração, associada à falta de capacidade para selecionar informações sensoriais de grande importância, pode ser responsável pelo aumento da oscilação corporal e desequilíbrios em idosos,¹ contribuindo para a ocorrência de queda.

As causas das quedas são multifacetadas, incluindo fatores intrínsecos, comportamentais e ambientais, sendo que a probabilidade para ocorrência de queda aumenta à medida que se acumulam os fatores de risco.^{2,3} Dentre os fatores que vêm sendo responsabilizados pelo aumento do risco de quedas e fraturas na população de idosos, encontra-se o uso de medicamentos que provocam sonolência, alteram o equilíbrio, a tonicidade muscular e/ou provocam hipotensão.⁴

As quedas estão dentre as principais causas de morbidade e mortalidade na população idosa.² Aproximadamente 30% das pessoas com mais de 65 anos e metade das com mais de 80 anos sofrem uma queda a cada ano.⁵ Segundo estudo realizado

no período de 1996 a 2005, as mortes por causas externas, no Brasil, levaram a óbito 41.054 idosos, sendo 22,5% (n=9.249) codificados como quedas.⁶

As quedas em idosos produzem importante perda de autonomia, prejuízo à qualidade de vida e trazem custos para o sistema de saúde pública, devido principalmente às internações para tratamento de consequência desses acidentes. Além disso, podem ainda repercutir entre seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, modificando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda.⁷

Dessa forma, as quedas podem ser consideradas como uma das consequências mais graves do envelhecimento, sendo reconhecidas como importante problema de saúde pública, devido a frequência, morbidade e elevado custo social e econômico decorrente das lesões provocadas.⁸ Isso justifica a realização deste estudo, cujo objetivo foi investigar aspectos relacionados à ocorrência de quedas em idosos, tais como faixa etária e gênero mais acometidos, fatores de risco, associação ao uso de medicamentos, consequências físicas e

psicológicas, ocorrência de internação hospitalar e associação à prática de exercícios físicos.

Compreender a relação entre a ocorrência de quedas e suas consequências para o idoso favorece o conhecimento da equipe de saúde, o que pode contribuir com a assistência ao cuidado, bem como na proposição de estratégias de promoção da saúde e de prevenção de quedas com vistas à melhoria das condições de vida desses idosos.

METODOLOGIA

Foi realizado estudo de corte transversal, de caráter descritivo com abordagem quantitativa. Utilizou-se uma amostra composta por 50 idosos, moradores do bairro Cidade 2000, selecionada de forma intencional e por critérios.⁹ A seleção do bairro foi realizada de forma aleatória, por sorteio, entre os bairros de Fortaleza. O local é caracterizado por possuir casas pequenas, bem próximas umas das outras e ruas estreitas chamadas de alamedas, divididas por quadras.

Inicialmente, fixou-se em 400 o número máximo de domicílios a serem visitados. Em seguida, mediante mapeamento, o bairro foi dividido em dez setores e realizou-se uma escolha aleatória, de dez alamedas por setor e de quatro domicílios por alameda. As alamedas foram selecionadas por sorteio e os domicílios selecionados foram os correspondentes às casas de menor e maior número de cada alameda, bem como àquelas casas cujos números correspondiam aos dois quartis intermediários. As visitas foram interrompidas quando se atingiu o número máximo de dois idosos ou quatro domicílios por alameda. Tal critério para composição da amostra foi definido a fim de se obter melhor distribuição das visitas, objetivando alcançar uma amostra representativa do bairro.

Participaram do estudo idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes no bairro Cidade 2000, da cidade de Fortaleza-CE. Consideraram-se fatores de exclusão: limitações físicas e sensoriais, acuidade visual e auditiva gravemente

diminuídas e absolutamente incapacitantes às atividades de vida diária, amputações, uso de próteses, sequelas neurológicas, doença de Parkinson e impossibilidade de deambular independentemente.

Em 2010, Fortaleza possuía uma população de 2.452.185 habitantes.¹⁰ O censo demográfico realizado pelo IBGE em 2000 registrou 160.321 idosos no município e 7.885 habitantes no bairro selecionado para este estudo, sendo 844 idosos.¹¹

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário contendo perguntas objetivas, desenvolvido pelos pesquisadores, com o propósito de alcançar os objetivos do estudo. O questionário foi aplicado pelo pesquisador que realizou a leitura de cada uma das perguntas e de suas alternativas de resposta. As entrevistas foram realizadas, nos meses de julho a setembro de 2008, com os idosos em presença de um familiar ou cuidador, que confirmou os dados obtidos ou colaborou, cedendo informações quando necessário.

As variáveis investigadas neste estudo foram: gênero, faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais), número de episódios de quedas nos últimos 24 meses, causas de acidentes por quedas, fatores relacionados ao ambiente doméstico que favorecem as quedas, consumo de medicamentos, consequências físicas e psicológicas das quedas e prática de atividade física. Durante a coleta de dados, foram preenchidos 54 questionários, dos quais quatro foram excluídos da análise dos dados por apresentarem preenchimento incompleto ou inconsistência nos dados.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se estatística descritiva, através de distribuição da frequência relativa. Para analisar a relação entre o uso de medicamentos e a ocorrência de quedas, foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson (r). O teste estatístico foi realizado por meio do *software SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences, versão 16.0)*.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (processo nº 07199442-4). Os

participantes demonstraram seu consentimento em participar do estudo através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 50 pessoas, de ambos os gêneros, com idades entre 60 e 89 anos. Dentre os idosos selecionados para o estudo, 64% pertenciam ao gênero feminino e 36%, ao masculino. Quanto à faixa etária, 40%, 28% e 32% pertenciam, respectivamente, às faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80-89 anos.

Foi verificado que 42% dos idosos entrevistados apresentaram, no mínimo, um episódio de queda nos últimos dois anos antes da

aplicação do questionário, dos quais 71% eram do gênero feminino. A ocorrência de queda foi verificada em 46,87% e 33,33% das mulheres e homens, respectivamente. Quanto ao número de quedas nesse período, 29% dos idosos sofreram uma queda, 33% duas e 38% de três a cinco. A análise foi desagregada por faixas etárias, sendo observado que nas faixas de 60-69, 70-79 e 80-89 anos, a ocorrência de quedas foi relatada por 19%, 24% e 57% dos participantes, respectivamente.

Como observado na figura 1, a maioria das quedas apresenta como causa o ambiente doméstico inadequado. Identificou-se que todos os acidentes ocasionados por quedas ocorreram no próprio lar do idoso, e dentre os fatores relacionados ao ambiente doméstico que favorecem as quedas, o mais citado foi superfície escorregadia (figura 2).

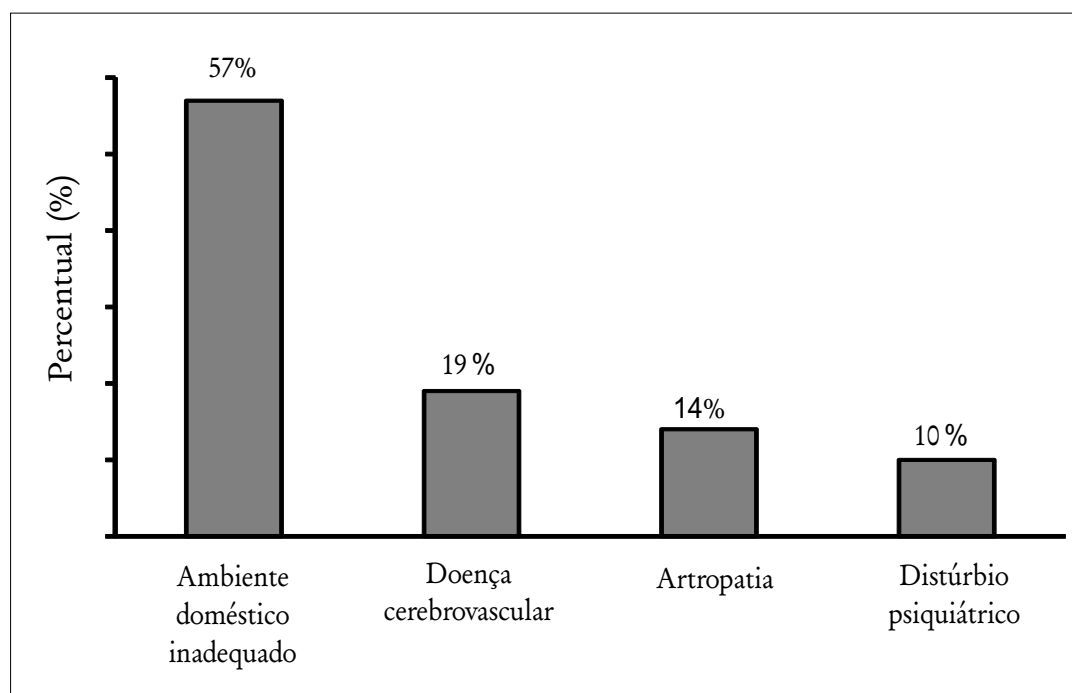


Figura 1 - Distribuição das causas de acidentes por quedas em idosos no bairro Cidade 2000. Fortaleza, CE, 2008.

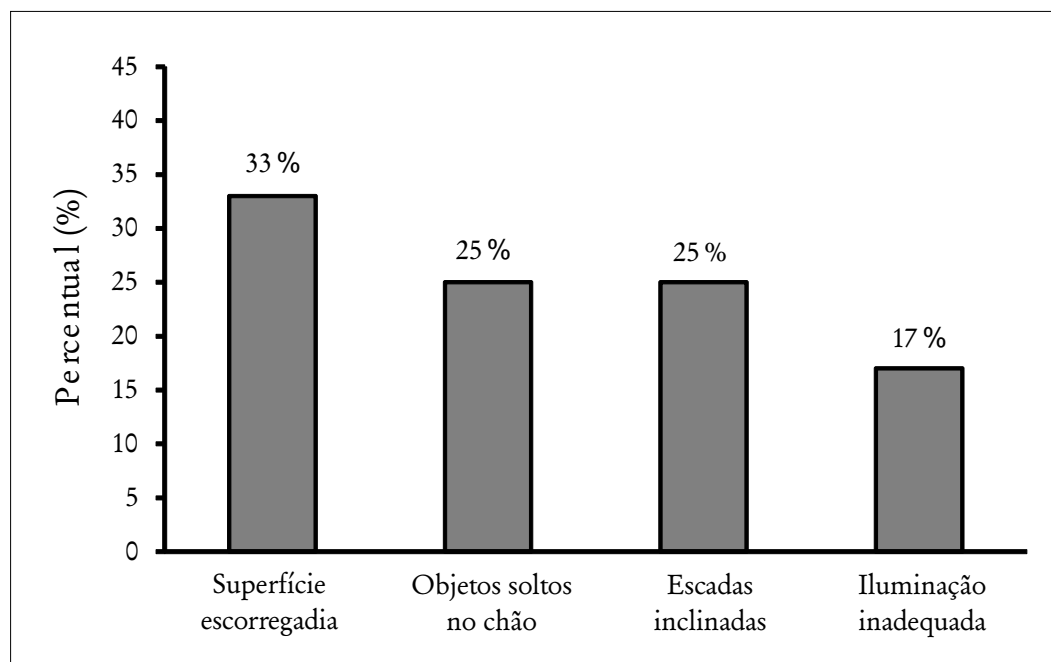


Figura 2 - Distribuição dos fatores relacionados ao ambiente doméstico que favoreceram as quedas em idosos no bairro Cidade 2000. Fortaleza, CE, 2008.

A maioria dos participantes (80%) fazia uso de algum tipo de medicação prescrita por médicos. O anti-hipertensivo foi a classe de medicamentos mais

consumida, seguida por analgésicos, hipoglicemiantes e antidepressivos. O uso de polifármacos não foi observado entre os idosos (figura 3).

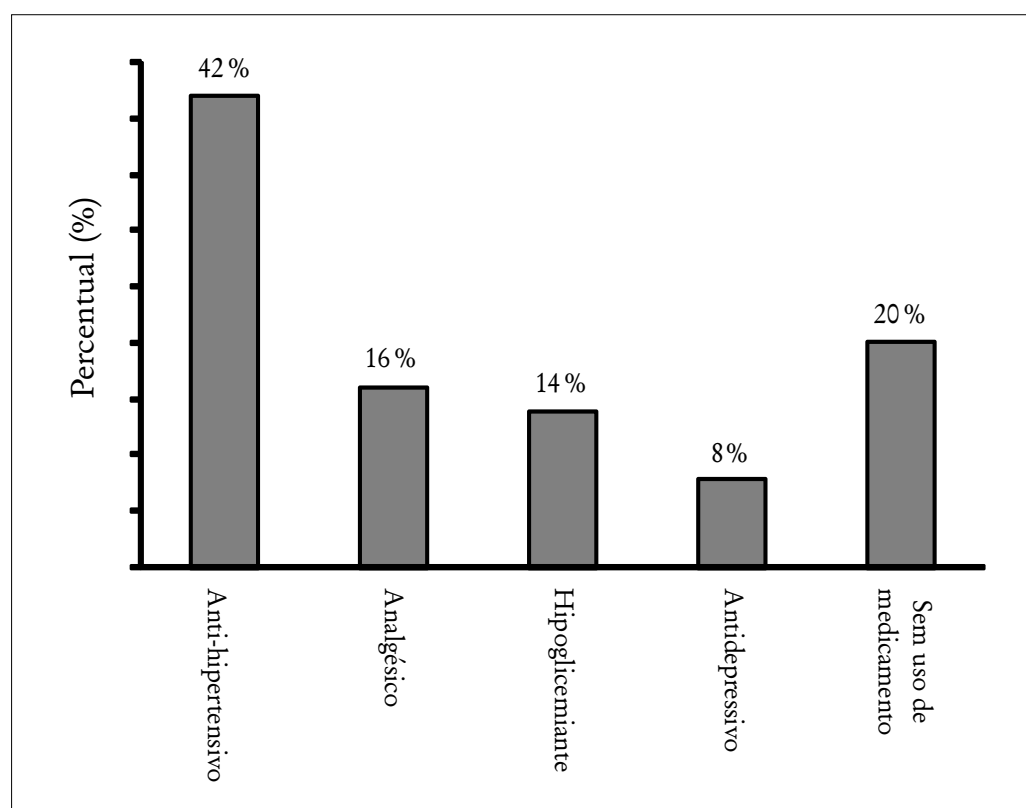


Figura 3 - Distribuição dos idosos de acordo com o consumo de medicamentos, bairro Cidade 2000. Fortaleza, CE, 2008.

Foram verificadas as consequências físicas e psicológicas após as quedas. A de maior ocorrência foi a fratura, indicada por 43% dos idosos. Outras consequências citadas foram trauma craniano (19%), depressão (19%) e ansiedade (19%). O local mais frequente das fraturas foi o rádio (56%), seguido por clavícula (33%) e costela (11%).

Constatou-se que 33% dos idosos que caíram foram submetidos à internação hospitalar. Dentre os idosos que estiveram internados, 58% permaneceram no hospital por até 48 horas para observação médica, em consequência de trauma craniano, e 42% permaneceram no hospital por período superior a 48 horas para intervenção cirúrgica, em decorrência de fratura.

Dos idosos pesquisados, 40% eram sedentários e os demais praticavam caminhada (40%) ou hidroginástica (20%), no mínimo duas vezes por semana, há, no mínimo, seis meses. No subgrupo dos sedentários encontravam-se 90% dos idosos que haviam sido acometidos por quedas.

DISCUSSÃO

A amostra da presente pesquisa foi composta por idosos com idade mínima de 60 anos, considerando que, de acordo com o Estatuto do Idoso, uma pessoa com idade superior ou igual a 60 anos passa a fazer parte deste grupo.¹²

Os dados encontrados divergem de outras pesquisas que também investigaram a ocorrência de quedas durante 24 meses. Perracini e Ramos encontraram menor percentual de quedas que o verificado neste estudo, 32,7%,¹³ enquanto Resnick encontrou maior percentual, 77%.¹⁴ Assim como Perracini e Ramos,¹³ outros estudiosos também encontraram percentuais inferiores, possivelmente porque estes investigaram a ocorrência que quedas em menor período de tempo, 12 meses.^{13,15-17} Estudo de revisão sistemática realizado por Gama e Gómez-Conesa mostrou que não há consenso na literatura quanto ao período de investigação da ocorrência de quedas,¹⁸ o que pode dificultar a comparação entre os resultados obtidos pelos diversos estudos.

A prevalência de mulheres na amostra não influenciou a maior ocorrência de quedas observada entre os gerontos do gênero feminino, haja vista que quando os resultados foram analisados por gênero, as mulheres apresentaram maior percentual de ocorrência de quedas quando comparadas com os homens. A maior ocorrência de quedas em mulheres também foi observada em outros estudos.^{7,8,15}

Em relação à faixa etária com maior ocorrência de quedas, os dados obtidos corroboram os encontrados em outros estudos, que verificaram maior incidência de quedas entre os idosos mais velhos, ou seja, com 80 anos ou mais em relação àqueles com idade entre 60 e 79 anos.^{7,19} Os resultados confirmam que idosos acima de 80 anos apresentam maior risco relativo de quedas do que idosos de faixa etária inferior.²⁰

Em contraste, estudo com 26 idosos da cidade de Marília, São Paulo, verificou que a média de quedas foi maior na faixa etária de 75-84 anos. Segundo os pesquisadores, este fato ocorre provavelmente porque os idosos com 85 anos ou mais diminuem suas atividades naturalmente.²¹

Quanto às causas das quedas, problemas ambientais também foram as mais frequentes causas encontradas em outros estudos.^{8,22} Em relação ao local de ocorrência das quedas, pesquisas recentes verificaram que a maioria das quedas entre idosos ocorre na própria residência,^{19,23-25} indicando que se trata de eventos relativamente simples, passíveis de serem reduzidos com a adoção de programas e medidas preventivas. Os resultados apontam que todos os acidentes ocorreram na própria residência, o que talvez signifique uma triste realidade frequentemente observada na vida de alguns idosos, por diversos motivos, que saem pouco de casa.

Alguns estudos investigaram fatores relacionados ao ambiente doméstico que favorecem as quedas em idosos, e também encontraram que dentre os fatores de risco mais comuns está o piso escorregadio.^{8,23}

As pesquisas brasileiras têm dado grande ênfase aos elementos físicos ambientais relacionados às quedas em idosos. Estes dados podem subsidiar a adoção de medidas preventivas de quedas nessa população, como por exemplo, a adaptação da residência do idoso, a fim de oferecer a segurança necessária, minimizando o risco de quedas e suas consequências.

O uso de medicamentos por idosos é frequente e possivelmente crescerá nos próximos anos, em virtude do aumento da expectativa de vida no Brasil. Os resultados encontrados neste estudo se assemelham aos mostrados por Fanhani et al.,²⁶ que identificaram uso de algum tipo de medicamento por 89% dos idosos entrevistados. Esses pesquisadores também constataram que os anti-hipertensivos são os medicamentos mais consumidos.

Estudo de revisão da literatura destacou que os benzodiazepínicos, neurolépticos, antidepressivos e a polimedicação estão associados ao risco aumentado de quedas.¹⁸ Pesquisa desenvolvida no Brasil também mostrou relação entre o uso de maior número de medicamentos e a ocorrência de quedas.¹⁷ Esperávamos encontrar uso de polimedicação entre os idosos estudados, mas não foi identificada a utilização concomitante de mais de um fármaco na presente pesquisa, assim como não foi verificada relação entre quedas e uso de medicação ($r=0,1223$). Tal associação também não foi encontrada em estudo realizado com 50 idosos em internação hospitalar decorrente de quedas.⁸

Quanto ao uso de medicação psicotrópica, este tem sido fator de risco para quedas em indivíduos idosos. Guimarães & Farinatti encontraram associação entre o uso de medicações psicoativas e risco de queda em mulheres idosas.²⁷ No presente estudo, não houve relação entre o uso de antidepressivos e queda, fato que pode ser explicado em virtude de um grande número de idosos estudados não fazer uso deste tipo de medicação, o que também foi observado no estudo desenvolvido por Gai et al.²⁸

Tendo em vista a associação comprovada na literatura entre uso de medicamentos e a

ocorrência de quedas,¹⁸ e que estas podem muitas vezes ser causadoras de morte,¹⁹ faz-se necessário avaliar os possíveis riscos e benefícios dos medicamentos, antes da indicação dos mesmos pelos profissionais de saúde, bem como orientar os idosos e seus familiares quanto aos prejuízos da auto-medicação. Os resultados encontrados assemelham-se aos obtidos por Carvalhaes et al., que citam as fraturas, o trauma craniano, a depressão, o declínio de saúde e a restrição das atividades cotidianas como as consequências mais comuns dos acidentes ocasionados por quedas nos idosos.²⁹

Na presente pesquisa, foi encontrado percentual bastante elevado de fraturas dentre os idosos que sofreram queda, quando comparado com o relatado no estudo de Siqueira et al.¹⁷ Este achado é preocupante, pois as fraturas decorrentes de quedas são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos.³⁰

Dentre as fraturas que ocorrem em consequência às quedas, a literatura mostra que são frequentes as de fêmur,²³ seguidas pelas de rádio.⁸ Entretanto, os idosos entrevistados não relataram a ocorrência de fraturas de fêmur, apesar de as fraturas de rádio terem estado presentes em 56% dos idosos vítimas de fraturas.

As quedas também podem ter consequências negativas no âmbito psicológico, gerando sintomas como medo e ansiedade diante da possibilidade de uma nova queda.³¹ O medo de cair pode levar à restrição de mobilidade, diminuição da atividade física, isolamento social e depressão.^{8,21,32}

Em estudo desenvolvido por Gawryszewski,¹⁹ as quedas foram responsáveis pela maior proporção de internações, de atendimentos nas emergências e de mortes por causas definidas. O tempo médio de internação dos pacientes devido às quedas foi 6,2 dias.¹⁹ Verificamos que aproximadamente um terço dos idosos vítimas de quedas necessitou de internação hospitalar; destes, 58% permaneceram internados no máximo por 48 horas. Entretanto, 42% foram submetidos

à intervenção cirúrgica e, portanto, tiveram tempo de internação superior.

Assim como na pesquisa realizada por Siqueira et al., os idosos sedentários apresentaram maior prevalência de quedas.¹⁷ Esses dados estão em coerência com vários estudos que mostram que o exercício físico regular pode melhorar as capacidades funcionais, como a do equilíbrio, da coordenação e da agilidade,³³ além de minimizar os fatores de risco de quedas de idosos.¹³ A prática da atividade física promove estímulos que aprimoram as condições de recepção de informações sensoriais do sistema vestibular, visual e somatossensorial, de modo a ativar os músculos antigravitacionais e estimular o equilíbrio.³⁴

O estudo permitiu identificar que as modalidades de exercícios praticadas pelos idosos entrevistados são: a caminhada e a hidroginástica, sendo a primeira mais comum entre os idosos. A caminhada é indicada para idosos por ser considerada atividade leve ou moderada, sendo destaque nos programas de incentivo à prática de atividade física.³⁵ A hidroginástica também é modalidade bastante recomendada para os idosos, por ser de baixo impacto e melhorar o equilíbrio corporal.³⁶

São necessárias ações preventivas na atenção primária à saúde, sobretudo em relação à oferta de atividades físicas que certamente contribuiriam com a redução do risco de quedas. Deve-se reforçar a importância do autocuidado e alertar as famílias e cuidadores para que participem da prevenção de queda com os idosos. Outro aspecto relevante é adaptar a infraestrutura dos domicílios, objetivando reduzir a ocorrência de quedas.

É importante valorizar o evento queda, uma vez que a morte pode ser uma de suas consequências. Minimizar a incidência de quedas em idosos é um desafio para muitas instituições, profissionais e pesquisadores. Para a identificação da intervenção mais apropriada ao alcance deste objetivo, é necessária a realização de estudos que identifiquem os fatores de risco para quedas em idosos.

O estudo apresenta algumas limitações: em primeiro lugar, pode-se questionar a precisão dos dados relatados, uma vez que estes foram obtidos por meio de estratégias recordatórias. O contato com familiares contribuiu para diminuir o risco de viés, mas ainda assim o problema não pode ser desconsiderado. Além disso, é preciso reconhecer o limitado poder de discriminação da estatística descritiva, que restringe o potencial de generalização das conclusões.

CONCLUSÃO

O presente trabalho apresentou o perfil dos idosos que sofreram quedas no Bairro Cidade 2000, em Fortaleza, Ceará. Os resultados mostram que a faixa etária mais acometida foi a de 80-89 anos; as causas mais frequentes foram as relacionadas aos fatores ambientais, especialmente a existência de pisos escorregadios; os anti-hipertensivos foram a classe de medicamentos mais utilizados; a fratura configurou-se como a consequência mais comum das quedas, sendo mais frequente as fraturas de rádio; um terço das quedas levou à internação hospitalar e a maioria destas teve duração de até 48 horas. Com relação à prática de atividade física, quase todos os idosos que sofreram quedas eram sedentários.

Em face da importância das quedas do idoso como problema de saúde pública, medidas devem ser tomadas, como cuidados básicos de segurança e prevenção da ocorrência de quedas, em especial nas situações em que elas estão ligadas a fatores ambientais.

A queda pode ser evitada, desde que a equipe de saúde e a família estejam atentas tanto aos fatores intrínsecos como extrínsecos que a predis põem. Dessa forma, espera-se que este estudo possa contribuir para subsidiar a criação e ampliação de políticas públicas, para a prevenção e enfrentamento da ocorrência de quedas em idosos. Recomenda-se que sejam desenvolvidas novas investigações visando à prevenção de quedas na população idosa, com o intuito de minimizar a repercussão desse evento na capacidade funcional do idoso, contribuindo com o envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

1. Freitas Junior P, Barela JA. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos: uso da informação visual. *Rev Port Cien Desp* 2006; 6(1): 94-105.
2. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006; 35(S2): 37-41.
3. Ueno M, *et al.* Systematic review of fall-related factors among the house-dwelling elderly in Japan. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2006; 43(1): 92-101.
4. Cumming RG, *et al.* Medications and multiple falls in elderly people: the St. Louis OASIS study. *Age Ageing* 1991; 20(6): 455-61.
5. Feder G, *et al.* Guidelines for the prevention of falls in people over 65. The guidelines' development group. *BMJ* 2000; 321(7267): 1007-11.
6. Maciel SSSV, *et al.* Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o sistema de Informações sobre mortalidade. *Rev AMRIGS* 2010; 54(1): 25-31.
7. Coutinho ES, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de quedas em idosos. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5): 1359-66.
8. Fabrício SCC, Rodrigues RA, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1): 93-9.
9. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. 3. ed. London: Sage Publications; 2001. 598 p.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Ceara.pdf.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.
12. Brasil. Lei nº 10.741 Estatuto do Idoso 1 out 2003. *Diário Oficial da União* 3 out 2003.
13. Perracine MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(6): 709-16.
14. Resnick B. Falls in a community of older adults: putting research into practice. *Clin Nurs Res* 1999; 8(3): 251-66.
15. Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(1): 31-40.
16. Carpenter CR, *et al.* Identification of fall risk factors in older adult emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2009; 16(3): 211-9.
17. Siqueira FV, *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 749-56.
18. Gama ZAS, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5): 946-56.
19. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2): 162-7.
20. Barnett A, *et al.* Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 2003; 32(4): 407-14.
21. Freitas MAV, Scheicher ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008; 11(1): 57-64.
22. Berg WP, *et al.* Circumstances and consequences of falls in independent community: dwelling older adults. *Age Ageing* 1997; 26(4): 261-8.
23. Coutinho ESF, Bloch KV, Rodrigues LC. Characteristics and circumstances of falls leading to severe fractures in elderly people in Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2): 455-9.
24. Hamra A, Ribeiro MB, Miguel OF. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta Ortop Bras* 2007; 15(3): 143-5.
25. Lopes MCL, *et al.* Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enferm* 2007; 12(4): 472-7.
26. Fanhani HR, *et al.* Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007; 10(3): 301-14.
27. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(5): 299-305.
28. Gai J, *et al.* Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3): 327-32.

29. Carvalhaes N, *et al.* Quedas. In: Anais do 1. Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia; 1998 jul 10-14; São Paulo, Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1998. p. 5-18.
30. Fuller GF. Falls in the elderly. *Am Fam Physician* 2000; 61(7): 2159-68.
31. Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in the nursing home: are they preventable? *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5(6): 401-6.
32. Lopes KT, *et al.* Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Rev Bras Fisioter* 2009; 13(3): 223-9.
33. Silva A, *et al.* Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Rev Bras Med Esporte* 2008; 14(2): 88-93.
34. Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age Ageing* 2001; 30(S4): 3-7.
35. Hallal PC, *et al.* Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35(11): 1894-900.
36. Mann L, *et al.* Investigação do equilíbrio corporal em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008; 11(2): 155-65.

Recebido: 21/9/2010

Reapresentado: 25/7/2011

Aprovado: 21/11/2011

Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados*

Understanding the History of Life of institutionalized elderly

Maria José Sanches Marin¹
 Fabiana Accioli Miranda²
 Daniele Fabbri²
 Laura Privatto Tinelli²
 Luana Vergian Storniolo²

Resumo

Considerando que a institucionalização muitas vezes representa a única possibilidade de sobrevivência ao idoso, sendo revestida de sofrimentos e limitações que interferem nas condições de vida, o presente estudo propõe-se a compreender a história de vida de um grupo de idosos institucionalizados. Trata-se de estudo qualitativo realizado a partir das narrativas de oito idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). A interpretação dos dados teve como referência o método de análise de conteúdo modalidade temática. Os resultados apontam para semelhanças nas trajetórias marcadas pelo desfavorecimento do contexto sócio-histórico. Depreende-se que a atenção ao processo de envelhecimento deve se iniciar na infância, por meio de condições propícias ao crescimento e desenvolvimento nos aspectos biopsicossociais.

Palavras-chave: Idoso. Institucionalização. Fases do Ciclo da Vida.

Abstract

Considering that institutionalization often represents the elderly's only possibility of survival, involving suffering and limitations that influence life conditions, this study aims to understand institutionalized elderly's life history. This is a qualitative research made from eight elderly's narratives, living in long-term facilities. Interpretation of data was based on the content analysis method thematic modality. The results present similarities in trajectories, marked by disfavoring of social historic content. It may be concluded that attention to the aging process starts in childhood, observing bio-psychosocial conditions of growing and development.

Key words: Elderly. Institutionalization. Life Cycle Stages.

¹ Curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil.

² Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil.

* Projeto de pesquisa aprovado pela FAPESP como bolsa de Iniciação Científica.

Correspondência / *Correspondence*

Maria José Sanches Marin
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1886 – Jd Itamaraty
 17514-000 Marília, SP, Brasil
 Email: marnadia@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Muitas são as circunstâncias que levam as pessoas a viver melhor ou pior as diferentes fases da vida. No entanto, a velhice parece ser aquela em que os enfrentamentos das adversidades impostas pelo cotidiano se tornam mais complexos. Os idosos são propensos a perdas e dependência no decorrer da vida, pois mesmo que tenham boa saúde, se debilitam paulatinamente.

A preocupação com a condição de vulnerabilidade em que se encontram os idosos vem aumentando nas últimas décadas, em decorrência do intenso processo de envelhecimento da população. Os desafios frente a essa realidade são maiores sobretudo nos países em desenvolvimento como o Brasil, que não dispõem de recursos sociais para o atendimento dessa parcela da população. Estima-se que, em 2025, entre os dez países do mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil.¹

O envelhecimento tende a ser delicado e doloroso para muitos idosos. Com frequência, eles se veem frente ao isolamento, à falta de apoio social, à dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a morte do cônjuge, o abandono familiar, as dificuldades para se manter financeiramente, o que também pode desencadear doenças físicas e psíquicas. A própria transformação social dos últimos anos, incluindo os novos arranjos familiares, o grande número de separações, o avanço tecnológico e científico de domínio dos mais jovens e a inserção da mulher no trabalho fora do lar, são fatores que contribuem para a falta de apoio aos idosos.

Nesse contexto, merece destaque o envelhecimento com dependência, pois esses indivíduos demandam cuidados e responsabilidade que implicam disponibilidade de tempo de seus familiares, normalmente seus principais cuidadores. Cuidar do idoso em casa não é uma tarefa amena, principalmente considerando as dificuldades socioeconômicas em que vive a maior parcela da população brasileira. Assim, as instituições de longa permanência (ILP) passam a ser a opção viável.

Existem em torno de 19 mil idosos atendidos em ILPs, mas o número pode ser maior se levarmos em conta que muitas delas não estão cadastradas e funcionam na clandestinidade.²

Os motivos descritos para a internação nas ILPs incluem as dificuldades das famílias em acolhê-los por falta de espaço, recursos, uma estrutura familiar que respeite o idoso ou por incapacidade de cuidar deles devido a situações especiais como inserção dos membros no mercado de trabalho, abandono pela família, dificuldades de encontrar um cuidador, pobreza, viuvez e opção do próprio idoso por se achar um entrave para a família.³

Embora as ILP atendam os idosos quanto às necessidades de moradia, higiene, alimentação e acompanhamento médico, há o inconveniente de afastar o idoso de seu convívio familiar, favorecendo o isolamento e a inatividade física e mental, com consequências negativas à sua qualidade de vida.⁴

O idoso institucionalizado é geralmente uma pessoa desmotivada para a vida, sem expectativas e com esperanças de retorno ao ambiente familiar. Além disso, ele ainda se vê na condição de ter que conviver com pessoas muito diferentes, às vezes até não idosas, com doenças incapacitantes, mentais, psiquiátricas e com alcoolistas, o que torna o ambiente desconfortável.⁵

Para o idoso institucionalizado, as perdas são muitas, e isto justifica a grande incidência de estados depressivos, sentimentos de solidão e limitação das possibilidades de uma vida ativa.⁶ Relegado a uma espécie de isolamento e muitas vezes privado de suas atividades familiares e sociais, vive uma situação limitada e prejudicada, e mesmo que ele tenha monitoramento da sua saúde física, algo lhe falta, como a mobilidade social, vida afetiva e sexual, além de autonomia financeira.⁷

Por esses motivos, a institucionalização deve ser considerada como a última alternativa para amparo e cuidado do idoso. Tal aspecto é reafirmado pela Política Nacional do Idoso, que preconiza a assistência no domicílio com ênfase

na promoção da saúde, na prevenção de incapacidades e na manutenção da capacidade funcional do idoso dependente.⁸

Frente aos fatores que afetam as condições de vida dos idosos institucionalizados, passam a interessar suas experiências ao longo da vida. Teriam eles, na atualidade, condições muito diferenciadas do ponto de vista social, afetivo e de construção de vínculos durante as demais fases da vida? A literatura, embora rica em estudos que abordam diferentes aspectos das condições de vida dos institucionalizados, ainda não fornece maiores esclarecimentos sobre o tema.

Diante da situação em que se encontram os idosos institucionalizados, propõe-se para o presente estudo compreender o percurso de suas vivências, considerando que tais dados podem subsidiar ações sociais e de saúde visando à melhoria das condições de vida dessa parcela da população.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido na modalidade qualitativa, pela possibilidade de maior aproximação com o objeto de pesquisa e compreensão das experiências no seu todo.⁹ Realizou-se em um lar para idosos, mantido por instituição religiosa de uma cidade do interior paulista, o qual conta atualmente com 60 idosos, sendo 25 do sexo masculino e 35 do sexo feminino. Desses idosos, aproximadamente 5% residem no lar por ordem judicial, 15% por conta própria e 80% por opção de familiares. Todos os idosos são aposentados, sendo que 70% de cada aposentadoria são destinados à administração desse lar e 30% ao próprio idoso. A instituição conta com 32 funcionários diários e, duas vezes por semana, com estudantes de fisioterapia de uma universidade particular da cidade. Outros recursos para o lar provêm dos governos federal, estadual e municipal, além de doações e ajuda de particulares.

O referencial metodológico refere-se à história oral ou método biográfico, em que o registro da

história de vida de indivíduos, ao focalizar suas memórias pessoais, delinea também uma visão mais concreta da dinâmica de funcionamento e das várias etapas da trajetória do grupo social ao qual pertencem;¹⁰

Nos trabalhos com história oral, atenta-se para um novo olhar, uma nova postura acerca do estudo dos homens no tempo, em que o pesquisador se atém a novos focos e reexamina focos já estudados.¹¹

A entrevista, fonte oral utilizada para o estudo e feita com os idosos, teve como eixo o relato dos fatos marcantes durante a vida deles. Selecionaram-se, de forma aleatória, oito idosos, tendo como pré-requisito residir no lar há pelo menos um ano e ter a capacidade cognitiva preservada, o que foi avaliado por meio do Mini-Exame do Estado Mental (Mini-mental), sendo necessária uma pontuação maior ou igual a 17 para analfabetos e 24 para os alfabetizados.¹²

Os dados foram coletados e transcritos pelas próprias pesquisadoras, visando a facilitar a captação de detalhes, como pausas e entonações, para maior aproximação com o objeto de estudo. Pelas características dos entrevistados, foi necessário mais de um encontro para a realização da entrevista. Esse procedimento se fundamenta na perspectiva de que a entrevista representa a base do trabalho com história oral, sendo um momento de interação com fundamentos historiográficos, pois trata-se de um procedimento cuidadoso na constituição de fontes históricas.¹³

Para análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo, modalidade temática, indicada para estudos de opiniões, atitudes, valores e tendências. Inicialmente, realizou-se leitura de cada uma das entrevistas visando a organização do material e reconhecimento das ideias iniciais do texto. Na sequência, o material foi submetido a um estudo mais aprofundado, orientado pelo objetivo e referencial teórico, visando ao desmembramento das unidades de registro, ou seja, à codificação que corresponde à transformação dos dados brutos do texto. Essa transformação, por recorte

do texto, classificação e agregação, possibilitou o alcance de uma representação do conteúdo para formulação das categorias. Posteriormente, foram estabelecidas relações e deduções subsidiadas pela reflexão e fundamentação teórica.^{9,14} As falas que ilustram as categorias foram codificadas por dados como sexo (masculino ou feminino), idade e tempo de institucionalização.

O projeto contou com a anuência da diretora do lar e com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, protocolo nº 139/10. Os idosos foram informados sobre a finalidade do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido; aqueles que não sabiam escrever colocaram a impressão digital.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográficas, quatro eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idade variando de 62 a 79 anos e tempo de institucionalização de um ano e seis meses a 11 anos.

A análise dos dados permitiu elaborar quatro categorias temáticas que retratam as diferentes fases do ciclo vital.

Infância e adolescência marcadas por perdas, falta de cuidados e necessidade de inserção precoce no mercado de trabalho

As narrativas seguintes mostram que essas pessoas conviveram com a perda e o sofrimento desde a infância, precisaram se inserir, precocemente e em condições precárias, no mercado de trabalho, tiveram vínculos afetivos rompidos e não tiveram oportunidade de acesso à escola e aos direitos de cuidado à saúde.

“Vida boa é quando tinha pai e mãe em casa. Tudo era uma vida boa. A gente tinha carinho. Ai, depois que morreram fiquei só andando pela casa dos outros, e nunca ficou que nem de primeiro [...] Trabalhei na lavoura de café, tocando roça, panhando algodão, batendo amendoim, comecei trabalhar com 10 anos.

Com 10 anos, eu tava na roça, todo dia, por isso também não fui na escola. Fui crescendo e foi passando o tempo...” (M, 79 anos, nove anos na instituição).

“Até os 6 anos foi bacana. Com 6 anos me contaram que eu não era filha de quem eu pensava que era minha mãe, ela era minha avó. A minha mãe era minha irmã, meus irmãos eram meus sobrinhos [...] Eu nunca chamei minha mãe de mãe, chamava minha avó de mãe. Chamei até ela morrer. Nunca morei com a minha mãe, nunca fui de ter amizade com ela” (F, 62 anos, dois anos na instituição).

“[...] eu sempre morei no sítio com (nome). Eles me criaram. Eu, eu sou irmã de criação... Eles que cuidó de mim. Eu trabalhei na roça desde criança [...] Nunca brinquei, só trabalhei. Eu trabalhava na roça, carregava água, enchia água. [...] eu tava morrendo de dor de cabeça e estamo ruim e não me deram nenhum remédio, falaram que eu tinha preguiça por causa do serviço” (F, 73 anos, quatro anos na instituição).

Evidencia-se, nestas falas, o nítido sentimento de tristeza provocado pelas circunstâncias das perdas, que se refletem nas relações afetivas e sociais. Tais circunstâncias parecem ter impedido essas pessoas de viver e conviver plenamente no contexto familiar e, possivelmente, dificultado o pleno desenvolvimento biopsicossocial necessário para uma vida digna. Acrescenta-se que as vivências de abandono durante outras fases podem levar esse sentimento até a velhice.¹⁵

O respeito ao direito da criança às necessidades físicas, mentais e de desenvolvimento social contribui para o bem-estar do indivíduo na vida adulta. Destaca-se que a inserção precoce no mercado de trabalho leva à desqualificação para o trabalho e, como consequência, à baixa remuneração.¹⁶ Ademais, é na juventude que se afirma a identidade social e, considerando que toda identidade social é relacional, o contexto sociocultural no qual se insere a família do jovem influencia seu desenvolvimento, delineando possibilidades e limites, conforme estudos, mesmo antes da fecundação. Para o desenvolvimento saudável, é preciso definir as relações e processos de identidade, em espaços apropriados à autoestima, à criatividade e ao projeto de vida.¹⁷

Esses idosos, portanto, não tiveram um contexto apropriado ao desenvolvimento seguro e saudável. Acrescenta-se que, no Brasil, apenas com a Constituição Federal de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente, criado em 1990, é que se tem o delineamento dos seus direitos. Então, quando esses indivíduos viveram a infância, as leis de proteção ainda não estavam claramente definidas.¹⁸ Os relatos revelaram que, desprovidos de qualquer proteção, restava-lhes serem aceitos em um núcleo familiar qualquer, oferecendo seus préstimos trabalhistas.

Vida adulta permeada pela precariedade nas condições de trabalho e fragilidade nos vínculos afetivos

Frente aos percalços da infância e adolescência, não é possível imaginar que a vida adulta tivesse uma trajetória muito diferenciada. Os idosos institucionalizados transformaram-se em adultos sem muitas perspectivas, tendo que enfrentar trabalhos subalternos, com baixa remuneração e sem direitos trabalhistas, o que lhes determina condições precárias de vida, assim como se observa nas falas que seguem:

[...] “que quando eu fui pra São Paulo, me encaixei na afundição, trabalhei de..., trabalhei um ano e... um mês de inspetor de peças, inspecionava peças, aí..., me mandaram embora, aí, não achava outra coisa boa, fui procurar barragem, trabalhei em duas, na... Três Lagoas e Mato Grosso, em duas barragens trabalhei, depois vim procurar firma de novo, aí não achava, aí... fui obrigado a cair na lavoura” (M, 77anos, cinco anos na instituição).

Salienta-se que a atividade que eles conseguiram exercer pela falta de formação para o exercício de uma atividade mais qualificada é monótona, braçal, repetitiva, desinteressante e desestimulante. Desta forma, o aspecto prazeroso do trabalho torna-se pouco efetivo e, sobressaindo o sofrimento, tornou-se difícil para essas pessoas a manutenção no emprego.

É possível que as precárias condições de vida e as carências de convivência familiar, desde os primeiros anos de vida, tenham resultado em

consequências negativas à aquisição de cultura, de inteligência verbal e equilíbrio emocional necessários à manutenção dos vínculos afetivos,¹⁹ pois se observa que este também foi um aspecto marcante em sua vida adulta.

“E eu nunca casei, fiquei só amigado uns tempo, num deu certo, e to aqui solteiro” (M, 79 anos, nove anos na instituição).

(Sobre o marido) “Largamos. Nós vivemos juntos mais de 30 anos. Todos os meus filhos, deixei todo mundo criado, eu aguentava ele por causa dos filhos, aí não aguentei mais e larguei” (F, 62 anos, dois anos na instituição).

“Num era casado, mas juntamo os trapos. A gente viveu pouco tempo. Eu tinha uma que era mais velha e outra, mais nova. Assim, eu num tinha elas ao mesmo tempo, mas por etapas” (M, 75 anos, 11 anos na instituição).

Ao considerar o modo pelo qual foi possível para esses idosos construir seu espaço e manter a sobrevivência, é de se esperar eles não contem, neste momento, com uma estrutura parental capaz de apoiá-los, tanto no aspecto econômico como no afetivo.

A institucionalização como a única possibilidade de sobrevivência na velhice

Assim, a forma como viveram a infância, a adolescência e a vida adulta, fases marcadas pela pobreza, trabalho desqualificado e perda de vínculos, parece ter-se tornado um ciclo vicioso que os levou à velhice com perpetuação do sofrimento e solidão.

Ao abordarem a institucionalização, os idosos entrevistados atribuem o fato à falta de outro recurso, uma vez que, ao perderem a autonomia e a capacidade de tomada de decisões para administrar a vida, sem contarem com apoio familiar, restou-lhes como solução de sobrevivência a institucionalização.

“Eu que quis vim pra cá. Minha filha tava no Japão, não ligava mais pra mim” (F, 73 anos, quatro anos na instituição).

“Eu tô me dando bem aqui, viu. Mas gostá, se te falar isso, eu tô mentindo...” (M, 75 anos, 11 anos na instituição).

“O momento mais marcante da minha vida foi ter vindo pra cá, porque aqui foi um bom lugar, apesar que eu achava ruim pacas” (F, 62 anos, dois anos na instituição).

Dados estatísticos demonstram que, no Brasil, a família representa a principal fonte de apoio à pessoa idosa, sobretudo entre as camadas mais carentes da população, as quais se organizam em coabitação, incluindo pessoas de várias gerações de modo a se autoajudarem.²⁰

Entre as histórias de alguns idosos se observa que, embora em outras fases tenham compartilhado espaço doméstico com familiares, na atualidade aquelas pessoas buscaram outras formas de levar a vida, independentemente do idoso, deixando-o no abandono e na solidão.

Outro aspecto que nos chama a atenção refere-se à resistência que eles apresentam para sair das suas casas. Trata-se, para eles, de uma situação nada confortável, mesmo frente à incapacidade de viver de forma independente. Estudo que avaliou os sentimentos de solidão experienciados por idosos institucionalizados em relação aos não-institucionalizados constatou que tais sentimentos estão mais presentes naqueles institucionalizados, levando-nos a considerar que, ao conviverem com pessoas afetivamente, eles significativamente apresentam melhores condições de suportar as adversidades do processo de envelhecimento.²¹

O sentimento de ser cuidado na instituição

Conforme depoimentos, a perda da independência e, conseqüentemente, a necessidade de ser cuidado por outros, levaram os idosos a necessitar da ILP. Percebe-se isso nas falas seguintes.

“Mas aqui, porque eu fiquei doente, cuidaram de mim, viram tudo que eu tinha; eu fiquei ruim pelas pingas que eu tomava há um ano e meio atrás” (F, 62 anos, dois anos na instituição).

“Eu me dou bem aqui porque sou bem tratado, num sou melhor que os outros, mas também num sô tratado pior do quase todos os outros” (M, 75 anos, 11 anos na instituição).

“Eu gosto de ficar aqui [...] Tomo remédio cedo, à noite e meio dia. Tomo remédio pra perna aqui...” (F, 73 anos, quatro anos na instituição).

O cuidado com a saúde é importante nesta fase da vida, indubitavelmente. Muito embora a velhice não seja sinônimo de doença, é comum que se chegue a esta idade com alguma doença crônica não-transmissível ou algum grau de dependência, o que demanda cuidado diário, sobretudo para o uso de medicamentos e alimentação.

Em estudo sobre a percepção das condições de saúde entre idosos institucionalizados, constatou-se que eles a relacionam com a ausência de dor e desconforto físico e com a segurança proporcionada pela instituição que garante alimentação, moradia e atendimento médico. Por outro lado, as autoras concluem que o asilamento configura-se também como abandono, o que influencia diretamente o estado de saúde.²²

Essas mesmas condições estão presentes entre os idosos, atores das histórias de vida aqui relatadas, pois verbalizam o sentimento de ser bem cuidado como uma forma de conformismo à situação, frente à inexistência de outra possibilidade de ser cuidado e, nas entrelinhas, evidencia-se o descontentamento com a situação vivenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, ao analisar a história de vida de oito idosos que vivem em ILPIs, não se teve a pretensão de generalização dos dados, visto que, apesar de nesta fase as histórias se diferenciarem, alguns aspectos mostraram semelhanças. Destacam-se a baixa condição socioeconômica durante todo o curso da vida, a perda precoce do núcleo familiar, a baixa escolaridade, o trabalho infantil e a falta de construção de fortes vínculos afetivos. Revela-se também que foi o conjunto de experiências vivenciadas ao longo da

vida que lhes permitiu construir uma trajetória particular, diferente em muitos aspectos do observado entre os idosos em geral.

Não se quer com isso afirmar que outros idosos, vivendo com familiares, estejam em melhores condições, pois são muitos os motivos que os levam a encerrar sua trajetória de vida sem um mínimo de dignidade e respeito, mesmo inseridos em seu lar. No entanto, os percalços de suas histórias de vida parecem ter contribuído para a atual situação de abandono e solidão na velhice.

Considerando que os aspectos destacados nas falas dos entrevistados ao resgatarem suas histórias de vida retratam trajetórias igualmente marcadas pelo desfavorecimento do contexto sócio-histórico, a atenção com o processo de envelhecimento deve se iniciar na infância, por meio de condições propícias ao crescimento e desenvolvimento dos indivíduos nos aspectos biopsicossocial, especialmente aqueles de classes sociais desfavorecidas, a fim de que tenham condições de manter o convívio familiar e os laços afetivos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatística do século XX. Rio de Janeiro: IBGE; 2003. 540 p.
2. 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 Latinoam Enferm* 2004 maio/jun.; 12(3): 518-24.
3. Telles Filho PCP, Petrilli Filho JF. Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. *Rev Enferm* 2002 abr.; 6(1): 135-43.
4. Herédia VBM, et al. A realidade do idoso institucionalizado. *Text Envelhec* 2004 jul./dez.; 7(2): 9-31.
5. Lima MAXC. Retratos do asilo: o termo "institucionalização". Disponível em: URL: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/retratos/retratos3.htm>
6. Danilow MZ, et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Comum Cienc Saúde* 2007 jan./mar.; 18(1): 9-16.
7. Tier CG. Depressão em idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP): identificação e ações de enfermagem e saúde. Rio Grande do Sul. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. —Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde(Brasil). Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília; 1999. Disponível em: URL: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Meihy JCSB. Manual de história oral. 4. ed. São Paulo: Loyola; 2002. 248 p.
11. Spindola T, Santos RS. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisadora. *Rev Esc Enferm USP* 2003 jun.; 37(2): 119-26.
12. Brucki SMD, et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003 set.; 61(3B): 777-81.
13. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. 99 p.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003. 226 p.
15. Herédia VBM, Cortelleti IA, Casara MB. Abandono na velhice. *Text Envelhec* 2005 set./dez.; 8(3): 307-19.
16. Prebianchi HB. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicol Teoria Pratica* 2003 jan./jun.; 5(1): 57-69.
17. Cruz Neto O, Moreira MR. Trabalho infanto-juvenil: motivações, aspectos legais e repercussão social. *Cad Saúde Pública* 1998 abr./jun.; 14(2): 437-41.
18. Traverso-Yépes MA, Pinheiro VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicol Soc* 2002 jul./dez.; 14(2): 133-47.
19. Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001. 228 p.

20. Teixeira SM, Rodrigues VS. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas? Rev Bras Geriatr Gerontol 2009 set./dez.; 12(2): 239-54.
21. Barroso VL. Órfãos geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Porto: Psicoglobal; 2008. Disponível em: URL: <http://www.psicopatologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
22. Pestana LC, Espírito Santo FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. Rev Esc Enferm USP 2008 jun.; 42(2):268-75.

Recebido: 22/3/2011

Revisado: 08/7/2011

Aprovado: 20/9/2011

Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica

Studies on Aging in Brazil: Literature Review

Fernanda Carvalho Bezerra¹
Maria Irismar de Almeida¹
Sílvia Maria Nóbrega-Therrien¹

Resumo

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica dos estudos sobre envelhecimento no âmbito das ciências da saúde, a fim de apresentar um panorama do que tem sido pesquisado sobre o assunto na América Latina e no Brasil no período de 1982 a 2010. Utilizou-se a bases de dados LILACS disponível *on line* na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Constatou-se um aumento expressivo do número de publicações a partir de 2006, principalmente nas categorias: estado de saúde (51%, n=318), avaliação cognitiva (12,72%, n=66), estudos sociodemográficos (6,16% n=32), medicamentos (3,27% n=17) e avaliação funcional (3,08% n=16). Na categoria estado de saúde, houve maior número de publicações relativas a atividade física (17,9% n=57), doenças cardiovasculares (11,95% n=38), dieta (7,6% n=24), saúde bucal (6,6% n=21), menopausa/andropausa (6,3% n=20), quedas (5,97% n=19), atividade sexual (5,03% n=16) e depressão (4,1% n=13). Concluiu-se que é importante estudar estes temas relacionados à senescência, para contribuir com a qualidade de vida nesta faixa etária.

Abstract

The main goal of this work is make a bibliographic revision of studies on aging in the field of health sciences, seeking to offer an outlook of the research on the subject carried out in Latin America and Brazil from 1982 to 2010. The LILACS online database available at the Virtual Health Library (BVS) was used for this purpose. It found a significant increase in the number of publications from 2006 on and a growing interest in the following categories: health condition (51%, n=318), cognitive evaluation (12.7%, n=66), socio-demographic studies (6.1% n=32), medicines (3.2% n=17), and functional evaluation (3.0% n=16). Inside the health condition category, a high number of publications related to the

Palavras-chave:

Envelhecimento. Revisão bibliográfica. Ciências da Saúde.

Key words:

Aging. Bibliographic revision. Health sciences.

¹ Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

following sub-categories was found: physical activity (17.9% n=57), cardiovascular diseases (11.9% n=38), diet (7.6% n=24), oral health (6.6% n=21), menopause/andropause (6.3% n=20), falls (5.9% n=19), sexual activity (5% n=16) and depression (4.1% n=13). It was concluded that it also becomes important to study aspects related to aging, seeking to grant quality of life at this age stage.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre as consequências do envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento são bastante escassos e centram-se, principalmente, nos processos relacionados às condições de saúde, como aposentadoria e arranjos familiares para o suporte dos idosos.^{1,2}

O interesse em pesquisar o envelhecimento passou a ganhar maior importância recentemente nos países em desenvolvimento. Isso decorreu, sobretudo, do aumento acelerado da população acima de 60 anos em relação à população geral.² O número de indivíduos com idade acima de 60 anos mais do que dobrou nos últimos 50 anos.² Projeções recentes indicam que, em 2020, esse segmento poderá ser responsável por cerca de 14% (n= 30, 9 milhões) da população brasileira.³

No Brasil, o número de idosos com idade acima de 60 anos passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975, 14 milhões em 2002 e 20 milhões (20.590.599) em 2010, um aumento de 600% em cinquenta anos e estima-se que em 2020 tal número alcançará 32 milhões.⁴ O desafio maior no século XXI será cuidar dessa população crescente de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e educacional baixos e elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Os sistemas de saúde terão de fazer frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos de doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e as neurodegenerativas, e a uma demanda ainda maior por serviços de reabilitação física e mental.⁴

Idosos, nas diferentes classes sociais, vivem a velhice de forma diversificada, como se o fim da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades

sociais. O aumento do número de idosos em nosso país resulta da melhoria nas condições de saúde cujo reflexo é a maior sobrevivência da população. Embora isso represente um resultado positivo das ações governamentais, com o decorrer do tempo poderá constituir um problema de saúde.⁵ Com efeito, é preciso, além da perspectiva adotada, que as ações dos profissionais da área da saúde e das ciências humanas sejam dirigidas à transformação dessa realidade, não apenas enfocando a velhice, mas também todas as fases da vida, nas suas diferentes abrangências – habitação, educação, saneamento, previdência, dentre outras.

O papel do idoso mostra-se diferente na sociedade atual, visto que a representação da velhice, como processo de perdas, foi objeto de uma inversão.⁶ Observa-se atualmente que essa etapa da vida é valorizada e privilegiada, tendo em vista as novas conquistas em busca de prazer, da satisfação e da realização pessoal, o que faz da Gerontologia objeto de crescente estudo.

O tema do envelhecimento da população brasileira só entrou realmente na agenda de pesquisa da Associação Nacional de Estudos Populacionais (ABEP) em 1988, durante o VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais.⁷ A ABEP tem a finalidade de congrega estudos de Demografia para fomentar o intercâmbio científico na área, bem como ampliar e fortalecer o conhecimento da realidade demográfica nacional. Desde então, 51 trabalhos foram apresentados nos nove Encontros Nacionais e nove artigos foram publicados na *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, também da ABEP.⁷

No Brasil, observa-se que o crescimento da população idosa desperta interesse para o desenvolvimento de pesquisas que abordem essa temática. Nota-se no cômputo dos trabalhos aqui

mapeados, uma preocupação, ainda, com a necessidade de formação e capacitação de recursos humanos, fundamentada no cuidar gerontológico, para atender aos idosos.

Com base nestas considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil, o objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão bibliográfica acerca de estudos do envelhecimento no âmbito das ciências da saúde. Acredita-se que a importância deste mapeamento na literatura está principalmente em poder fornecer um panorama sobre o que é pesquisado sobre o assunto no Brasil, evidenciar a realidade encontrada e elaborar algumas propostas de enfrentamento do desafio que o envelhecimento aporta para a atenção a saúde no Brasil.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter inventariante, com o objetivo de identificar produções científicas em periódicos nacionais e também em outros países da América Latina sobre o envelhecimento. Para isso, foi utilizado o banco de dados *on line* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).⁸ Foram selecionados, ainda, os artigos na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), um índice bibliográfico relevante da literatura relativa às ciências da saúde que disponibiliza publicações, a partir de 1982, dos países da América Latina e Caribe. Assim, o mapeamento foi realizado com origem no acima referido ano.

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2011, e utilizou-se a palavra-chave *envelhecimento*, tendo sido encontradas 3.193 publicações. Para trabalhar os dados, foi empregado um formulário avançado disponível em <http://bases.bvs.br/public/scripts/php/page_show_main.php?lang=pt&form=advanced&expression>.

Como critérios de inclusão, foram selecionadas publicações envolvendo seres humanos, na faixa etária acima de 60 anos e cuja palavra-chave foi *envelhecimento*. Quanto ao tipo de publicação, optou-

se por artigos de revista, publicados no período de 1982 a 2010. Foram excluídas publicações que envolviam animais, faixa etária inferior a 60 anos e outros tipos de publicação, como ensaio clínico, relato de caso, publicações em livro ou congresso, por dificuldade de acesso às obras. Assim, o número de publicações encontradas, após refinamento dos dados, foi de 718 artigos, dos quais 519 (n = 72,3%) abordavam assuntos relacionados aos tópicos do questionário do projeto SABE e 199 (n = 27,7%) se referiam a outros assuntos. Dos 519 artigos selecionados, 318 (n=61,3%) se referiam ao tópico *estado da saúde* assunto abordado com maior frequência e 201 (n = 38,7%) abordavam outros temas que contabilizavam nas categorias avaliação cognitiva 66 (12,72%) publicações, estudos sociodemográficos 32 (6,16%), medicamentos 17 (3,27%) e avaliação funcional 16 (3,08%).

Os resultados obtidos foram organizados por ano e por temática em gráficos e quadro. Para condensar os temas abordados na literatura sobre envelhecimento, utilizou-se como aporte de referência o questionário aplicado pelo Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida do idoso. Assim, surgiram os tópicos: avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso e acesso aos serviços de saúde, rede de apoio familiar e social, história de trabalho e fonte de receita, características da moradia, antropometria, mobilidade e flexibilidade, maus-tratos, avaliação da sobrecarga dos cuidadores, institucionalização, estudos epidemiossociodemográficos, estado da questão e lazer. Vale ressaltar que o tópico estado de saúde, no questionário do projeto SABE, é organizado nos subtópicos hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças reumáticas, quedas, osteoporose, incontinência urinária e fecal, depressão, câncer, visão, audição, saúde bucal, prevenção de câncer de mama e de colo de útero, câncer de próstata, doenças sexualmente transmissíveis (DST), atividade sexual, hepatite, dieta, alcoolismo, tabagismo, atividade física, doenças pulmonares, cardiovasculares e acidente vascular encefálico (AVE).

RESULTADOS

Os dados provenientes do mapeamento realizado foram organizados, portanto, após duas etapas de refinamento, quanto ao ano de publicação e temática em formato de gráficos e quadro, com a intenção de evidenciar um panorama de estudos sobre envelhecimento.

Ao quantificar a abordagem do tema envelhecimento, somente em revistas brasileiras, utilizando a base de dados LILACS, foram encontradas 350 publicações. Conforme mostra o gráfico 1, observou-se que o número de publicações era relativamente pequeno e que passou a aumentar progressivamente a partir do ano 2000. Esse aumento foi mais expressivo no período compreendido entre os anos de 2006 e 2009.



Gráfico 1 – Número de publicações por ano, citadas em revistas brasileiras, de 1982 a 2010, sobre o tema envelhecimento.

Quando se quantificou a abordagem do tema envelhecimento em revistas nacionais e internacionais na base de dados LILACS, foram encontradas 519 publicações. Conforme mostra

o gráfico 2, observou-se aumento progressivo do número de publicações por ano, a partir de 1997, tendo sido o aumento mais expressivo no período compreendido entre 2006 e 2009.

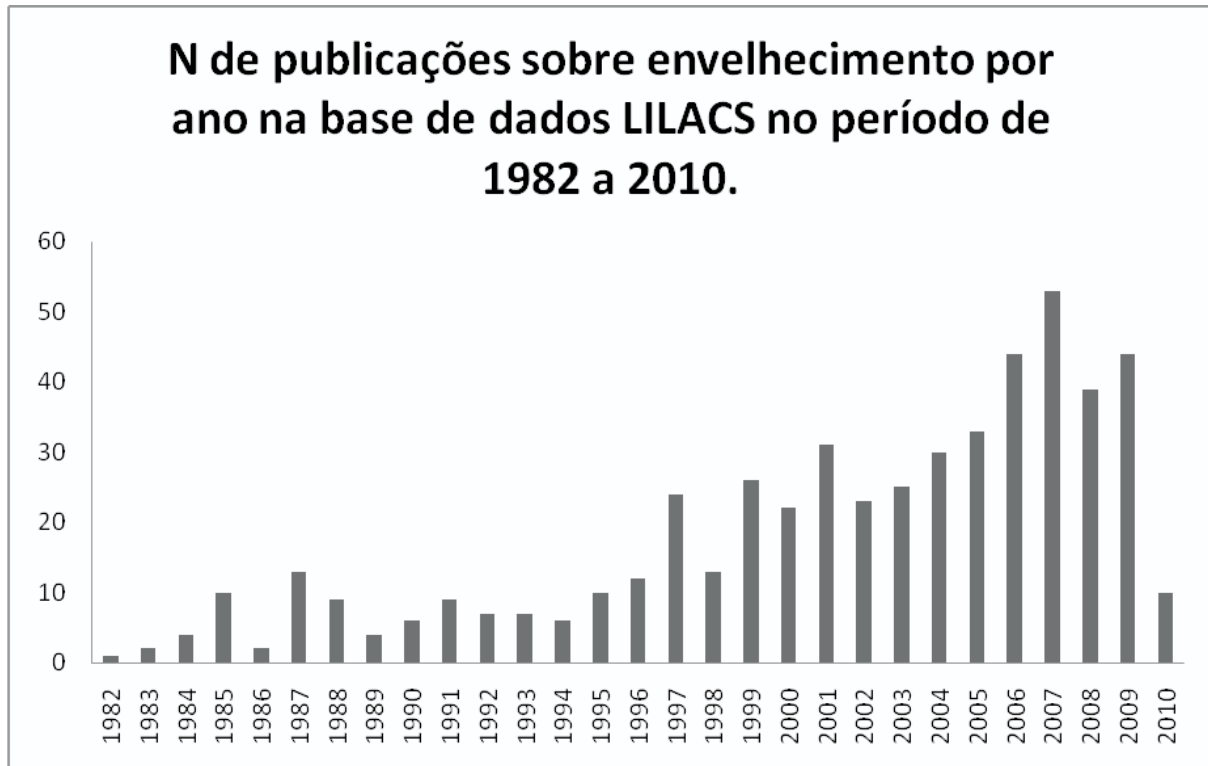


Gráfico 2 – Publicações por ano, citadas na base de dados LILACS, de 1982 a 2010, sobre o tema envelhecimento.

Conforme citado anteriormente, utilizou-se como referência o questionário SABE para enumerar os tópicos dentro da temática envelhecimento abordados em revistas nacionais e internacionais. Do total de 718 artigos encontrados, 519 (n = 72,3%) publicações abordavam assuntos relacionados aos tópicos do questionário do projeto SABE e 199 (n = 27,7%) publicações se referiam a outros assuntos. O tópico *estado da saúde* foi abordado com maior frequência, num total de 318 (n = 61,3%) artigos, e decidiu-se analisá-lo separadamente.

Vale citar como são tratados outros tópicos relevantes dentro da área de ciências da saúde que contabilizaram 201 (n = 38,7%) publicações. Assim, avaliação cognitiva contabilizou 66 (12,72%) publicações, estudos sociodemográficos 32 (6,16%), medicamentos 17 (3,27%) e avaliação funcional 16 (3,08%), do total de 519 artigos selecionados.

Conforme mostra o gráfico 3, verificou-se maior interesse nas seguintes temáticas: estado de saúde (n = 51%), avaliação cognitiva (n = 12,72%), estudos sócio-demográficos n = 6,16%), medicamentos (n = 3,27%) e estado funcional (n = 3,08%).

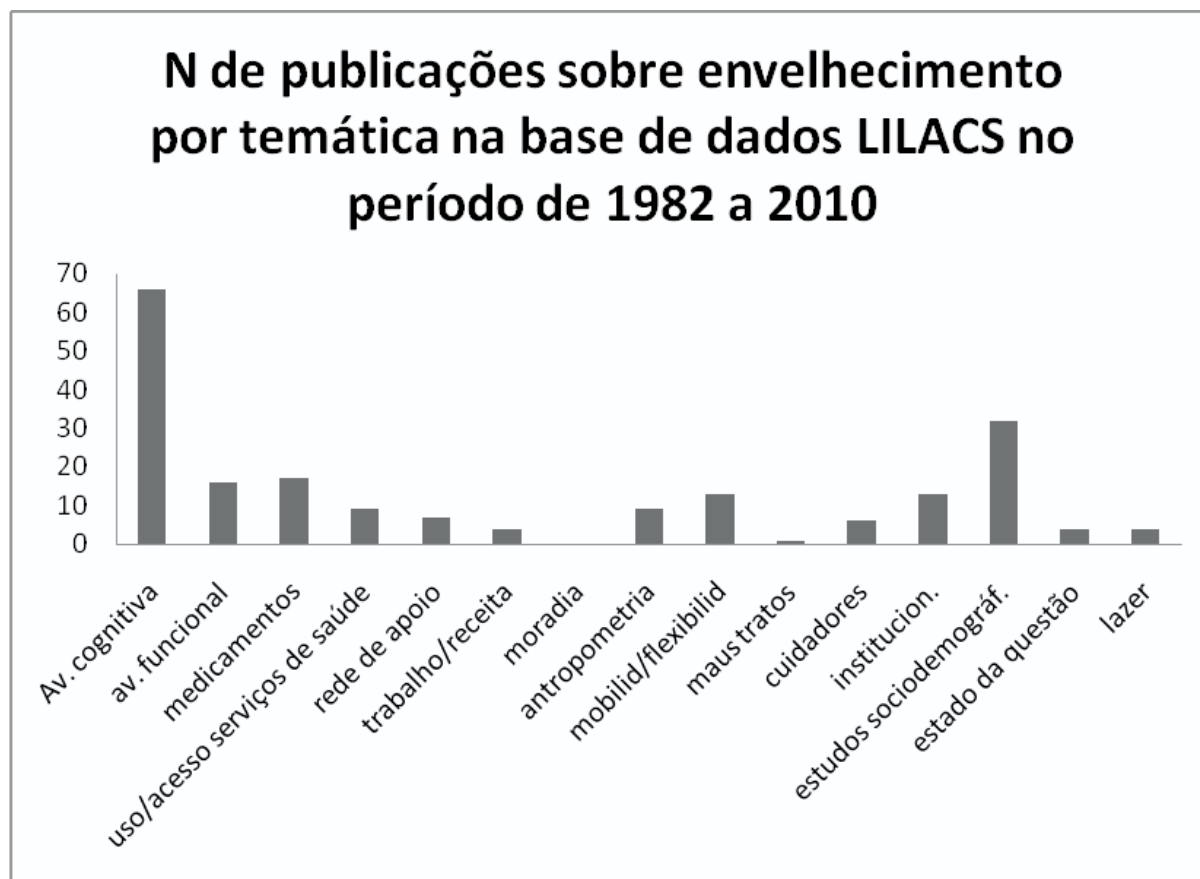


Gráfico 3 – Publicações por temática, citadas na base de dados LILACS, de 1982 a 2010, sobre o tema envelhecimento.

O tópico *estado de saúde* foi analisado separadamente, conforme pode ser observado no gráfico 4. Verificou-se maior interesse pelos subtópicos: atividade física (17,9%, n = 57), doenças cardiovasculares (11,95% n = 38) dieta (7,6% n = 24), saúde bucal (6,6% n = 21), menopausa/

andropausa (6,3% n = 20), quedas (5,97% n = 19), atividade sexual (5,03% n = 16) e depressão (4,1% n = 13). Observou-se também que 15,3% (n = 49) das publicações foram enquadradas como outros subtemas, pois não se relacionavam com as questões do tópico estado de saúde do projeto SABE.

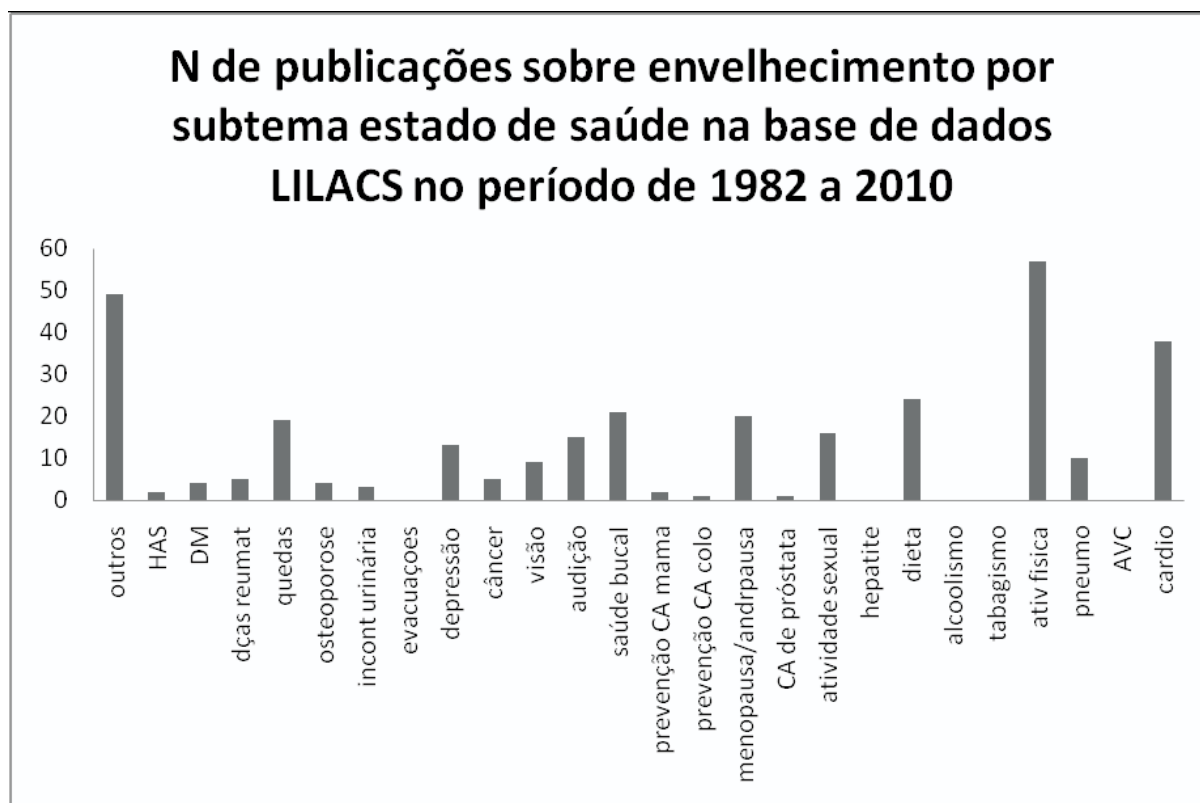


Gráfico 4 – Publicações por subtema estado de saúde, citadas na base de dados LILACS, de 1982 a 2010, sobre o tema envelhecimento.

Para avaliar se dentro das áreas de saúde houve mudança no interesse em estudar o envelhecimento, comparou-se a frequência com que o tema foi abordado no período de 1982 a 1999, em relação ao período de 2000 a 2010. De acordo com os dados apresentados no quadro 1, nota-se que houve

aumento do número de publicações em praticamente todas as áreas de saúde, exceto na Fisiologia, em que se detectou um decréscimo de 3,08% ($n = 19$). Vale ressaltar que, na área de Educação Física, o aumento do número de publicações foi mais marcante: 8,67%. ($n = 45$).

Quadro 1 – Comparação do número de publicações, por área de saúde, nos períodos de 1982–1999 e 2000–2010.

Área	Período		
	1982 - 1999	2000 - 2010	%
Fonoaudiologia	0	16	3,08
Educação física	2	47	8,67
Odontologia	7	16	1,73
Enfermagem	5	30	4,82
Medicina	91	119	5,39
Fisioterapia	1	20	3,66
Psicologia	11	33	4,24
Gerontologia	5	15	1,93
Nutrição	8	17	1,73
Fisiologia	22	6	-3,08
Farmacologia	0	4	0,77
Saúde Pública	11	33	4,24
Total	163	356	37,18

DISCUSSÃO

Ao avaliar o número de publicações por ano sobre o tema envelhecimento, verificou-se que, tanto no Brasil como nos demais países da América Latina, houve aumento do número de artigos a partir de 2000, tendo sido mais expressivo entre 2006 e 2009 (gráficos 1 e 2). O interesse em estudar o envelhecimento populacional poderia ser explicado pela transição demográfica experimentada pelos países em desenvolvimento. Houve aumento considerável da população acima de 60 anos de idade no Brasil⁴ e são esperados aumentos de até 300% na população idosa nos países da América Latina nos próximos 30 anos.⁹ Outro fator é a aprovação do Estatuto do Idoso no Brasil, em setembro de 2003, e sua repercussão entre os países vizinhos. Além desses fatores, a criação de faculdades e cursos de pós-graduação, que impulsionaram o estudo e a produção dos grupos e das linhas de pesquisa na área, bem como a implementação das especializações em Geriatria e Gerontologia na área de saúde do idoso, também pode ter contribuído para despertar o interesse em estudar o tema ora focalizado.

Para fins de comparação, cita-se o trabalho de Santos-Filho et al.,¹⁰ que realizaram revisão de literatura com o intuito de analisar o número de publicações científicas por ano sobre o tema do envelhecimento, no período compreendido entre 1949 e 2004, em indexadores como o Pubmed, um banco de dados que possibilita a pesquisa bibliográfica em mais de 17 milhões de referências de artigos médicos. Ao contrário do observado neste estudo, em que se detectou aumento do número de publicações a partir de 2000, Santos-Filho et al.¹⁰ verificaram um crescente interesse em estudar o envelhecimento mais precocemente a partir de 1986. Uma justificativa para tal disparidade de resultados poderia decorrer do fato de a transição demográfica nos países desenvolvidos ter ocorrido mais cedo do que na América Latina.

Quando se analisou o número de publicações por temática em revistas nacionais e internacionais, verificou-se maior interesse nos seguintes tópicos: estado de saúde, avaliação cognitiva, estudos sóciodemográficos, medicamentos e estado funcional (gráfico 3). Notou-se número expressivo de artigos que

abordavam o estado de saúde. Assim, decidiu-se dividi-lo em subtópicos (gráfico 4) e constatou-se que os subtemas atividade física, doenças cardiovasculares, dieta, saúde bucal, menopausa/andropausa, quedas, atividade sexual e depressão eram abordados com maior frequência.

A idade é um fator de risco para cardiopatias. Assim, com o aumento da expectativa de vida, torna-se necessário estudar as doenças cardiovasculares. Foram encontrados diversos artigos de revisão com objetivo de compartilhar e difundir conhecimentos a respeito das particularidades da propedêutica cardiovascular no idoso. Escobar¹¹ relata que as cardiopatias mais frequentes entre os idosos são doença coronariana, hipertensão arterial e as valvopatias. Escobar¹¹ também chama atenção para o fato de que o uso de fármacos deve ser cuidadoso e iniciado com doses menores do que as habituais. Cunha et al.¹² avaliaram a frequência da prescrição de digital em idosos admitidos a unidade de Geriatria de um hospital geral e detectaram elevada prevalência de prescrição deste medicamento nos idosos admitidos e, quando avaliaram a indicação da prescrição, observaram razões consideradas inadequadas ou questionáveis. Em decorrência do maior risco de intoxicação digitalica nessa faixa etária, a droga deveria ser prescrita sob indicações mais criteriosas.

Em outro estudo, Duarte et al.¹³ avaliaram em pacientes submetidos a cintiografia de perfusão do miocárdio (CPM) o grau de associação entre fatores de risco cardiovascular e a presença de doença arterial coronária (DAC). Envelhecimento e sexo masculino foram os principais fatores de risco encontrados para DAC. Diabetes mellitus (DM) e dislipidemia apresentaram maior associação com a presença de DAC no homem e o DM na mulher, sendo tais fatores de risco passíveis de controle por meio da dieta.

Loures et al.¹⁴ avaliaram, retrospectivamente, 75 pacientes com idade entre três e 70 anos submetidos a operação cardíaca no HC-UFPR, entre 1995 e 1999, com o objetivo de analisar os resultados pós-operatórios imediatos e tardios. Concluíram que, apesar de serem pacientes de

maior complexidade clínica pela maior incidência de doenças crônicas e acometimento de outros órgãos, os avanços na cirurgia cardíaca e terapia intensiva tornaram possível a intervenção com baixa morbimortalidade.

Com relação ao tema *dieta*, o interesse crescente em abordá-lo relaciona-se ao fato de que o estado nutricional é importante marcador de saúde no idoso, e que, durante o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas que podem influenciar a nutrição. Diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento de distúrbios nutricionais, como limitações financeiras, incapacidade física para o preparo dos alimentos, distúrbios mentais e isolamento social.¹⁵⁻¹⁷ A presença de enfermidades e o uso de medicamentos que afetem a sensibilidade gustativa também podem interferir na aceitação da dieta pelo idoso.¹⁶ Por outro lado, a obesidade tem prevalência aumentada tanto em jovens como em idosos.¹⁸ Por ser fator de risco para HAS, DM não insulino-dependente e doenças cardiovasculares, enfermidades com prevalências já elevadas entre pessoas idosas, a obesidade deve ser considerada um problema de saúde pública.

O envelhecimento pode também predispor a alterações fisiológicas e patológicas na dentição e na articulação temporomandibular (ATM), bem como modificações sistêmicas. Assim, o aumento da expectativa de vida é acompanhado por necessidades odontológicas cada vez mais complexas e em maior quantidade. No âmbito da saúde bucal, observou-se interesse em abordar a influência dessas particularidades do idoso na escolha da conduta mais apropriada e na resposta ao tratamento. Dessa forma, Rivaldo et al.¹⁹ realizaram uma revisão sobre alterações fisiológicas e patológicas relacionadas com a saúde e as condições bucais dos idosos, de maneira a contribuir para a disseminação desta informação entre os profissionais da Odontologia.

Umbelino et al.²⁰ avaliaram 512 pacientes idosos atendidos na Disciplina Estomatologia II, da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FO/UERJ), e observaram que a reabsorção do rebordo alveolar

e varicosidades linguais foram alterações de desenvolvimento prevalentes. Com relação às alterações patológicas, a língua saburrosa caracterizou a lesão dominante em ambos os gêneros, seguida pela hiperplasia fibrosa inflamatória e candidíase atrófica. Azcona²¹ ressaltou a importância de o odontólogo estudar as características da deterioração da ATM antes de escolher o tratamento, porque algumas vezes não é fácil distinguir um processo involutivo próprio da idade de uma enfermidade.

A respeito dos temas *menopausa/andropausa*, observou-se que este é abordado com maior frequência por especialistas em Ginecologia e Endocrinologia. Santos & Jeckel-Neto²² relatam que, com o aumento da expectativa de vida em ambos os sexos, surgiu o interesse em estudar o descenso genital numa perspectiva de propiciar melhor qualidade de vida para o idoso, uma vez que tal condição não diminui a longevidade, mas pode limitar o convívio social e o desempenho das atividades diárias.

Moreira²³ elaborou uma revisão sobre as alterações na estrutura do músculo estriado da mulher durante o climatério e ressaltou a importância de discutir as causas e consequências da perda de volume de músculo, conhecida como sarcopenia, pois suas consequências alteram substancialmente a qualidade de vida. Yabur²⁴ discutiu doenças crônicas degenerativas relacionadas com os níveis de estrógeno, tais como doenças cardiovasculares e doença de Alzheimer; bem como os efeitos da terapia de reposição hormonal (TRH) na redução de fraturas por osteoporose e no aumento do risco de câncer de mama e de endométrio.

O declínio progressivo da produção androgênica pode ser encontrado em pelo menos 20% dos homens com idade entre 60 e 70 anos, e algumas vezes se inicia a partir dos 50 anos.^{25,26} Bonaccorsi²⁵ sugere, entretanto, que a TRH deve somente ser considerada em presença de níveis séricos de testosterona abaixo dos limites normais mínimos para adultos jovens, acompanhada de sinais inequívocos de insuficiência androgênica, e que é necessário, antes de iniciar a TRH, excluir

outras causas reversíveis de hipoandrogenismo e contraindicações ao tratamento.

O tema *atividade sexual* foi abordado com relativa frequência. Bohórquez & Julián²⁷ discutiram a negação, por parte da população, inclusive por profissionais de saúde, da sexualidade na senilidade. A atividade sexual nos idosos tem características particulares que obedecem às mudanças anatômicas e fisiológicas do envelhecimento. Além disso, condições como a polifarmácia e a multipatologia podem afetar de maneiras diversas a função sexual. Assim, é necessário que médicos e outros profissionais intervenham, possibilitando o diagnóstico de disfunções, a terapia farmacológica e a desmistificação do tema. Em outro estudo, Polizer & Alves²⁸ avaliaram o perfil de satisfação e função sexual de mulheres idosas e detectaram que a maioria das entrevistadas teve padrão de desempenho/satisfação regular a bom, sem grandes alterações da função sexual. Também relataram que as alterações da resposta sexual consideradas fisiológicas nesta fase da vida não determinam o fim da vida sexual das mulheres idosas entrevistadas.

Vale ressaltar a importância de trabalhos a respeito da presença de Aids/HIV na terceira idade. Assim, Jailson & Silva²⁹ observaram aumento da incidência de Aids em indivíduos acima de 50 anos, em 1998, após a introdução de medicamentos para disfunção erétil. Vasconcelos et al.³⁰ estudaram o perfil epidemiológico de pacientes com HIV/Aids no Hospital Correia Picanço (Recife-PE) e detectaram aumento no número de casos em mulheres, principalmente as casadas, em heterossexuais e predomínio em indivíduos de baixa escolaridade. Em razão de tais resultados, sugeriram a necessidade da elaboração de trabalhos educativos de maneira a atingir os maiores de 60 anos.

Diversos profissionais da área de saúde, como médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, estudam o tema *quedas*. Os artigos que abordavam este tema tinham como objetivo reunir os fatores que contribuíam para a maior prevalência de quedas nos idosos em comparação com a

população mais jovem e apresentar opções para a prevenção. Dessa forma, Guimarães & Farinatti³¹ observaram que a deterioração da visão, uso simultâneo de medicamentos (especialmente diuréticos e psicoativos) e flexibilidade reduzida (quadril e tornozelos) parecem associar-se com a frequência de quedas. Ishizuka et al.³² relataram depressão e fraqueza muscular como fatores relacionados ao risco de queda. Cartier³³ relata uma relação entre alteração da marcha no idoso e maior frequência de queda. Assim, a menor amplitude de movimento da pelve e doenças que alteram o centro de equilíbrio do corpo como doença de Parkinson, paraparesias espásticas, AVE ou neuropatias podem prejudicar a marcha.

No tema *depressão*, alguns artigos sugeriam que a prática de exercícios físicos, bem como a participação em grupos de educação permanente, como as universidades para a terceira idade, poderiam ser fatores de melhora da depressão. Assim, Irigaray et al.³⁴ apontaram para a existência de uma associação entre menor intensidade de sintomatologia depressiva e tempo de participação na UNITI (Universidade para a Terceira Idade) superior a um ano. Moraes et al.³⁵ realizaram revisão de literatura para investigar o papel protetor do exercício físico e sua eficácia no tratamento da depressão. Concluíram que a depressão promove redução da prática de atividades físicas e que a atividade física pode ser um coadjuvante na prevenção e no tratamento da depressão no idoso.

Quando se avaliou, dentro das áreas de saúde, se houve mudança ao longo do tempo no interesse em estudar o envelhecimento (quadro 1), notou-se aumento do número de publicações em praticamente todas as áreas de saúde, exceto na de Fisiologia, como já se adiantou, em que se detectou decréscimo de 3,08% (n = 19). Tal redução pode ser resultado da ampliação dos cursos de graduação e pós-graduação nas diversas especialidades. Assim, os assuntos podem ter sido canalizados para outras áreas de saúde.

Observação importante foi o aumento do número de publicações mais expressivo na área

de Educação Física. Tal fenômeno pode decorrer do consenso atual acerca da importância de cultivar estilos de vida mais saudáveis para prevenir doenças e reduzir custos para o sistema de saúde. Detectou-se o fato de que não apenas estudiosos do curso de Educação Física, mas também médicos, psicólogos e fisioterapeutas, se interessam por comprovar o efeito benéfico da prática contínua de exercícios por idosos. Em trabalho realizado por Garrett et al.,³⁶ foram avaliados os custos do sedentarismo entre os membros de um plano de saúde do Estado de Minnesota, nos Estados Unidos, tendo-se constatado que a doença cardíaca representou a maior despesa para o plano de saúde, custando 35,3 milhões de dólares em 2000.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio revela a ausência de trabalhos sobre alguns temas relevantes, no período 1982 a 2010 e na base de dados pesquisada, tais como tabagismo, alcoolismo, hepatite e AVE. Também foram escassas publicações sobre câncer de mama, colo de útero e próstata. Por outro lado, um maior número de trabalhos está situado na temática de estado de saúde, mais precisamente nos subtemas atividade física e doenças cardiovasculares. É importante que se realizem estudos tanto nos temas em que existem poucas publicações como naqueles que já são abordados com certa frequência.

Com o aumento da expectativa de vida, os processos relacionados ao envelhecimento precisam ser estudados pelas diversas áreas de saúde, com um enfoque interdisciplinar, a fim de possibilitar a promoção de saúde e prevenção de doenças.

A base de dados LILACS contempla publicações pertinentes a 27 países, a partir de 1982, o que representa limitações ao estudo. Assim, não foi possível detectar o panorama dos estudos sobre envelhecimento antes do ano supracitado e em países europeus e da América do Norte.

REFERÊNCIAS

1. Moreira MM. Envelhecimento da população brasileira. Belo Horizonte. Tese [Doutorado em Saúde]. –Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.
2. Dias Júnior CS, Costa CS, Lacerda MA. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol 2006; 9 (2).
3. Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: Ipea; 2004.
4. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública 2003; 19: 700-701.
5. Haddad EGM. A velhice em movimento. Gerontol 1993; 1(1)29-30.
6. Debert GG. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias. In: Moraes M, Barros L. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. p.49-67.
7. Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p 88.
8. Biblioteca Virtual em Saúde. Literatura científica e técnica. São Paulo: BVS; 2009. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>.
9. Truelsen T, Bonita R, Jamrozik K. Surveillance of stroke: a global perspective. Int J Epidemiol 2001; 30(S11-S12).
10. Santos-Filho SD, et al. O interesse científico no estudo do envelhecimento e prevenção em ciências biomédicas. Rev Bras Ciênc Envelhec Humano 2006 jul/dez; 9(2): 70-78
11. Escobar CE. Cardiología geriátrica, envejecimiento y aparato cardiovascular Rev. sanid. def. nac. 1994; 11(2):135-40
12. Cunha UG, et al. Uso de digital em idosos admitidos em unidade de geriatria de hospital geral Arq. bras. Cardiol 1998 nov; 71(5):695-8.
13. Duarte P S, et al. Associação entre fatores de risco para doença arterial coronariana e coronariopatia em pacientes submetidos a cintilografia de perfusão do miocárdio Arq. bras. Cardiol 2007 mar; 88(3):304-313.
14. Loures DR, et al. Cirurgia cardíaca no idoso: Rev. bras. cir. Cardiovasc 2000 jan/mar; 15(1):1-5.
15. Campos MAG, et al. Estado nutricional e antropometria em idoso: revisão da literatura. Rev. méd. Minas Gerais 2007 jul/dez; 17(3/4):111-120.
16. Monteiro MAM. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. Espaço. saúde 2009 jun; 10(2):34-42.
17. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. Rev. nutr 2004 out/dez; 17(4):507-514.
18. Marques APO, et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos Rev. bras. geriatr. gerontol 2007 ago; 10(2):231-242.
19. Rivaldo EG, et al. Envelhecimento e saúde bucal Stomatos 2008 jan/jun; 14(26):39-45.
20. Umbelino Júnior AA, Apolinário T de O, Cantisano MH. Condições bucais e sistêmicas de um grupo de pacientes da terceira idade atendidos na FO/UERJ Rev. bras. Odontol 2009 jul/dez; 66(2):183-186.
21. Azcona S. Envejecimiento articular Claves odontol 2004 jul; 11(56):9-12.
22. Santos TG, Jeckel-Neto EA. Envelhecimento e descenso genital: o papel do colágeno. Rev Femina 2004 out; 32(9):741-9.
23. Moreira MA. Climatério e sarcopenia: o pouco que se sabe não é valorizado Femina 2008 abr; 33(4):261-265.
24. Yabur JA. La menopausia puesta al día Gac. méd. Caracas 2006 mar; 114(1):1-12.
25. Bonaccorsi AC. Andropausa: insuficiêcia androgênica parcial do homem idoso: uma revisão Arq. bras. endocrinol. Metab 2001 abr; 45(2):123-133.
26. Devoto CE, Aravena CL. Hipogonadismo asociado a la senilidad en el varon (climaterio masculino - andropausa - Adam) Rev. chil. obstet. Ginecol 2004; 69(5):392-398.
27. Bohórquez C, Julián D. Sexualidad y senectud Hacia promoc. Salud 2008 ene/dic; 13:13-24.
28. Polizer AA, Alves TMB. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas Fisioter. mov 2009 abr/jun; 22(2):151-158.
29. Jailson L, Silva MDP. Tendência de AIDS no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003 Rev. bras. geriatr. Gerontol 2007 ago; 10(2):203-216.

30. Vasconcelos EMR, Alves FAP, Moura LML. Perfil epidemiológico dos clientes HIV/AIDS na terceira idade. *Rev. bras. Enferm* 2001; 54(3):435-445.
31. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres. *Rev. bras. med. Esporte* 2005 set/out; 11(5):299-305.
32. Ishizuka MA, et al. Falls by elders with moderate levels of movement functionality. *Clinics* 2005 jan/fev; 60(1):41-46.
33. Cartier RL. Caídas y alteraciones de la marcha en los adultos mayores. *Rev. méd. Chile* 2002;130(3):332-337.
34. Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosos participantes da universidade para a terceira Idade. *Rev. Psiquiatr* 2007 jan/jun; 29(1):19-27.
35. Moraes H, et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev. psiquiatr* 2007 jan/abr; 29(1):70-79.
36. Garrett NA, et al. Physical inactivity: direct cost to a health plan. *Am J Prev Med* 2004; 27:304-9.

Recebido: 24/8/2011

Revisado: 14/12/2011

Aprovado: 16/12/2011

Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação

Long-Term Care Facilities for Elderly in Brazil: Summary of Legislation

Silvia Patrícia Lima de Castro Pinto¹
Olga Rodrigues de Moraes Von Simson²

Resumo

O número de instituições destinadas ao asilamento de idosos no Brasil começou a crescer a partir das últimas décadas do século XX, ao mesmo tempo em que foi sendo criada uma estrutura legal para regular suas atividades. O objetivo deste artigo é apresentar um sumário das legislações federais criadas na área dos direitos dos idosos a partir da promulgação da Constituição Brasileira de 1988, com especial atenção às legislações relativas à assistência em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência. Idosos. Asilo. Legislação como assunto. Brasil.

Abstract

The number of institutions destined to shelter old citizens has been increasing in Brazil since the last decades of the XX century. At the same time, a legal structure has been created to control its activities. This study aims to summarize Brazilian federal legislation, promulgated after 1988 Constitution, concerning elderly rights, especially the assistance in long-term care facilities.

Key words: Long-Term Care Facilities. Elderly. Asylum. Legislation as topic. Brazil.

INTRODUÇÃO

O número de instituições destinadas ao asilamento de idosos em nosso país começou a crescer a partir das últimas décadas do século XX; ao mesmo tempo, foi sendo criada uma estrutura legal para regular suas atividades. Esse crescimento

ocorreu como resposta às demandas de uma sociedade onde aumenta a expectativa de vida e diminui a disponibilidade de recursos familiares para o cuidado dos idosos.¹ Dentro deste quadro, torna-se urgente o estudo da evolução que essas instituições têm sofrido nos últimos anos, cujo melhor espelho, são as transformações ocorridas

¹ Curso de Pós-graduação em Gerontologia. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. Campinas, SP, Brasil.

² Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. Campinas, SP, Brasil.

na legislação relativa ao asilamento de idosos. O estudo desta legislação no momento atual é de grande importância, pois a desatenção em relação a essa classe de serviços resultará, no futuro, num incontornável prejuízo para o atendimento de idosos, quando as projeções demográficas apontam um *boom* de velhos com simultânea falência da capacidade da família em oferecer cuidados.

Conforme afirmam Camarano & Kanso,¹ o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas, com redução da capacidade física e cognitiva, estão exigindo que os asilos ofereçam, além de apoio social, serviços de assistência à saúde. Esta necessidade e o surgimento de novas razões para a procura dessas instituições, que no passado eram destino apenas de miseráveis e abandonados, estão transformando os velhos asilos. Um sinal dessas transformações é o surgimento do termo “instituição de longa permanência para idosos” (ILPI), proposto pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, para ser usado em lugar de “asilos”, termo fortemente marcado por preconceitos historicamente constituídos.

O atendimento aos idosos no Brasil de hoje exige que a ILPI preste serviços tanto na área social quanto na área sanitária, sendo assim objeto de ação de ambas as esferas. Pode-se, portanto, dizer que a ILPI é um tipo especial de instituição de natureza sócio-sanitária. Essa natureza híbrida demanda a criação de um modelo sócio-sanitário de assistência, que conjugue valores e práticas de ambas as esferas.

É dentro da perspectiva de elencar o arcabouço legal que está sendo construído na área dos direitos dos idosos, especificamente no que diz respeito ao atendimento em ILPIs, objetivo deste trabalho, que serão apresentadas em ordem cronológica as regulamentações criadas, tanto na área da saúde, quanto na área da assistência social.

METODOLOGIA

Para realizar este levantamento foram consultadas, durante o mês de janeiro de 2011, as legislações federais relacionadas nas referências ao final deste artigo e publicadas em formato

eletrônico pelo Senado, pelos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As regulamentações criadas nas últimas décadas refletem diretamente a visão de mundo e cidadania que preside o texto da Constituição Federal de 1988,² na qual os idosos passaram a ser definidos como sujeitos de direitos diferenciados,¹ portanto merecedores de especial atenção. Esta atenção se efetiva através da construção de uma rede de seguridade social, que tem como apoio um tripé composto por Previdência, Saúde e Assistência Social. Nestas áreas vem sendo criado um arcabouço legal de proteção aos idosos.

Na Constituição de 1988,² a saúde e a educação são entendidas como direito de todos e dever do Estado. Nela o apoio aos idosos passa explicitamente a ser dever da família, do Estado e da sociedade. Na prática, porém, a família continuou sendo a principal responsável por este apoio.

Em 1989, o Ministério da Saúde expediu a Portaria n° 810,³ na qual se encontravam as *Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso*, que ficou por longo tempo como a única regulamentação especificamente dirigida às ILPIs.

Em 1990 foi assinada a Lei n.º 8.080,⁴ criando a Política Nacional de Saúde (PNS) e dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como sobre a organização e o funcionamento dos serviços. Partindo desta legislação de base foram criadas, ao longo do tempo, legislações setoriais cuidando de grupos ou modalidades específicas de atenção à saúde. A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)⁵ é uma das políticas setoriais que vieram a se consolidar a partir da PNS.

No âmbito da Previdência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei n°

8.742,⁶ de 07 de dezembro de 1993, prevê que se preste especial proteção aos cidadãos na velhice. Esta proteção se traduz na garantia de um salário mínimo mensal – Benefício de Prestação Continuada (BPC) – desde que o idoso comprove não possuir, ele próprio ou sua família, recursos para prover seu sustento^{II}.

Em 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei n° 8.842,⁷ que cria os Conselhos do Idoso. Nela não encontramos maiores referências à assistência asilar. No entanto, no Decreto n° 1.948/96,⁸ que regulamenta a PNI, essa assistência é assegurada aos idosos, devendo ser prestada pela União, por estados e municípios.

Em 1999, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI),⁵ cujos eixos principais são: a prevenção, dentro das idéias da promoção de saúde e do atendimento multidisciplinar; o foco na capacidade funcional; e a participação popular. Essa política se efetiva através das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF)^{III}, regulamentado posteriormente.

Em agosto de 2000 foi expedida pela Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) a Portaria n° 2.874,⁹ que institui modalidades de atendimento assistencial para crianças, idosos e outros indivíduos mercedores de atenção diferenciada, priorizando as ações para os destinatários cujo rendimento familiar mensal *per capita* seja de até meio salário mínimo. Nesta portaria, a SEAS estabelece que sejam mantidas as modalidades de atendimento prestadas a idosos em instituições asilares e sejam implementadas novas modalidades, tendo sempre a família como referência da atenção. As novas modalidades citadas são: casa-lar, república, centro-dia, centro de convivência e atendimento domiciliar. Infelizmente, estas modalidades de atendimento têm-se desenvolvido pouco e de forma desigual pelo país, não chegando a atender um contingente significativo de idosos. Os centros de convivência, destinados a idosos hígidos e ativos, é certamente a estratégia mais difundida,¹⁰ talvez por seu menor custo e pela maior capacidade de representação política dos idosos atendidos.

Em 2001 a SEAS expediu a Portaria n° 73,¹¹ que estabeleceu as *Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil*, onde se encontra o *Modelo para Financiamento de Projetos de Atenção à Pessoa Idosa*. No entanto, o resultado prático desta regulamentação ainda hoje é considerado pouco expressivo.¹

Após significativa mobilização de especialistas e da população em geral, e atendendo a compromissos internacionais^{IV}, foi promulgado, em 1° de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso (Lei n° 10.741/2003).¹²

O Estatuto representa um avanço legal, pois regulamenta princípios já garantidos pela Constituição de 1988, mas que até então encontravam pouco respaldo legal para se afirmarem na prática.¹³ O Estatuto consiste em 118 artigos sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e necessidades de proteção dos idosos e institui como crime seu desrespeito. Nesse documento encontra-se referência às ILPIs no Título IV - Da Política de Atendimento ao Idoso - Capítulos II a VI - onde são apresentados requisitos, princípios norteadores, regras de fiscalização e penalidades. As ILPIs também são citadas nos capítulos sobre Assistência Social e Habitação, artigos 35 e 37, respectivamente.

O Estatuto do Idoso estabelece que as entidades governamentais e não-governamentais responsáveis pela assistência aos idosos deverão inscrever seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa^{VI}, que zelará pelo atendimento às normas deste Estatuto e da Política Nacional do Idoso. No artigo 50, Capítulo II do Estatuto, estão relacionadas as obrigações das entidades de atendimento ao idoso, onde se encontra estabelecida, entre outras, a exigência da celebração de contrato escrito para a prestação de serviços. Este contrato, por sua natureza jurídica, estará sujeito, entre outras, às regras do Código de Defesa do Consumidor.¹⁴ A fiscalização das entidades de atendimento ao idoso, e especificamente das ILPIs, passa a estar a cargo dos Conselhos do Idoso, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária.

Em 2004, foi promulgada a Política Nacional de Assistência Social,¹⁵ coordenada pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SEAS), que instituiu o Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Este novo sistema organiza em todo território nacional as ações de assistência social, podendo ser entendido como a organização de uma rede de serviços, ações e benefícios sociais de diferentes complexidades que se dividem em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. Os serviços oferecidos têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos.

Em 14 de julho de 2005, foi implementada a *Norma de Operacional Básica* (NOB 1/05),¹⁶ instrumento que normatiza o SUAS. O atendimento em ILPI enquadra-se, a partir de então, como um serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, e que deverá ser executado em parceria com os estados, municípios e a sociedade civil. Fica estabelecido que os cuidados de longa permanência dirigem-se aos idosos que perderam parte de sua autonomia física ou mental e cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para prestar o cuidado adequado.

Para nortear sua missão de fiscalizar as ILPIs, a ANVISA criou a *Resolução da Diretoria Colegiada 283* (RDC 283).¹⁷ Nesta RDC, que posteriormente recebeu pequenas correções através da RDC 94,¹⁸ encontra-se o *Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Nele são estabelecidas as Normas Gerais de Funcionamento das ILPIs e seis indicadores de notificação anual e obrigatória para a avaliação de desempenho e padrão da ILPI. Também é estipulada a comunicação obrigatória e imediata de “eventos-sentinelas”.

Segundo a RDC 283, as ILPIs são classificadas em três modalidades conforme o grau de dependência dos idosos que abrigam, indicando o quadro de pessoal necessário em cada modalidade. Ainda na RDC 283, é preconizada a articulação das ILPIs com os serviços públicos de saúde, a fim de que seja estabelecido um plano de atendimento bianual, o que na prática tem se mostrado de difícil implementação.¹⁹ Embora as

novas regras criadas pela RDC 283 sejam um passo valioso, elas carecem de discussão e aperfeiçoamento^{VII}.

A Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica,²⁰ estabelecendo as normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PSF tem o território como base de organização e cabe às equipes do PSF não só realizar o atendimento básico de saúde da população sob sua responsabilidade, como também gerar os indicadores de saúde referentes a ela. A legislação da Atenção Básica fala em *população residente* e prescreve a atuação em *diferentes espaços comunitários*, o que inclui quem quer que resida no território de atuação ou faça uso dos serviços locais.

Em 18 de outubro de 2006, atualizando a PNSI, foi assinada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI),²² que reafirma a importância da capacidade funcional dos pacientes idosos e atribui um acompanhamento diferenciado para o idoso frágil ou sob risco de “fragilização”. Outros elementos trazidos pela PNSPI são: a criação da internação domiciliar para idosos em convalescência nos hospitais do SUS e a criação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Essas medidas, embora interessantes, não trazem nenhum alívio à realidade e às urgências de quem cuida de idosos frágeis e dependentes. A internação domiciliar, já efetivada em vários hospitais e não apenas com idosos, traz possíveis vantagens para o idoso e para o sistema hospitalar, à custa, porém, de grande aumento de demandas sobre as famílias e as ILPIs.

Na prática, são muitas as queixas dos gestores de ILPIs na busca por atendimentos de saúde, sendo injustificável a rejeição vivida pela maioria das ILPIs no convívio cotidiano com o SUS e com o PSF. Esta atitude reforça a situação de invisibilidade e exclusão social vivida pelos idosos frágeis, e pelas instituições a eles dedicadas, em nosso país.

CONCLUSÃO

Este artigo, por ser apenas um levantamento, não comporta a análise aprofundada das origens e limitações das legislações apresentadas, mas deixa clara uma gradual mudança de visão em relação ao asilamento de idosos no Brasil. Nosso país parece lentamente se encaminhar para a aceitação do asilamento como um risco social importante, aumentando a participação do Estado no cuidado aos idosos dependentes, em todos os níveis de serviço relacionados.

Ressalta-se a importância da inclusão das ILPIs no escopo das instituições sob inspeção das Vigilâncias Sanitárias, reconhecendo sua inclusão na esfera sanitária. Espera-se agora que essas agências capacitem ainda mais seus efetivos para

aprimorar as regras e exercer a fiscalização sobre esse tipo original de serviço, que é simultaneamente sanitário e social.

As legislações apresentadas neste estudo retratam a construção paulatina de um conjunto de direitos que se transformam para atender às demandas de uma população que envelhece. Estas legislações são materializações das idéias que animam nossa Constituição, sendo importantes retratos dos valores e desejos do povo brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a Dra. Andrea Lopes, da Universidade de São Paulo, pelo estímulo à pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.* 2010; 27(1): 232-235.
2. Brasil. Constituição Federal do Brasil. Texto consolidado até a Emenda Constitucional n° 64 de 04 de fevereiro de 2010. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°810, de 22 de setembro de 1989. Institui as normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento ao Idoso. [Acesso em 23 jul 2010] Disponível em: <http://www.senado.gov.br/senado/conleg/idoso/DOCS/Federal/Portaria810.doc> .
4. Brasil. Lei n.º 8.080, de 20 de setembro de 1990. Define a Política Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União* 21 set 1990. [Acesso em 12 jul 2010]. Disponível em: <http://www.ceaam.net/lef/LF8080.htm>
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n°. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da União* 10 set 1999. [Acesso em 12 jul 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>
6. Brasil.Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. *Diário Oficial da União* 6 jan 1994. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm
7. Brasil. Lei No 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial da União* 5 jan 1994. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm
8. Brasil. Decreto n° 1.948/96. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Diário Oficial da União* 5 jan 1994. [Acesso em 12 jul 2010]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D1948.htm>
9. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria n° 2.854, de 20 de julho de 2000. *Diário Oficial da União* 21 jul 2000. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: <http://www.renipac.org.br/port2854.html>.
10. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA . Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 67-91.
11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria n° 73, de 10 de maio de 2001. Institui as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. *Diário Oficial da União* 11 Mai 2001.Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo09.pdf>

12. Brasil. Lei nº 10.741, 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Alterado pela lei nº 11.765, de 5 de agosto de 2005, e pela Lei nº 11.737 de 14 de julho de 2008. Diário Oficial da União 03 Out 2003. [Acesso em 21 jan 2010].Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm1> .
13. Camarano AA; Pasinato MT. O Envelhecimento Populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA . Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
14. Mendonça JM. Breves considerações a respeito do Estatuto do Idoso. [Acesso em 20 jan 2010]. Disponível em: <http://www.lfg.com.br> .
15. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Lei 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União 8 dez 1993 [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm
16. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Institui a Norma Operacional Básica , de 15 de julho de 2005. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: <http://movec.amavi.org.br/sistemas/pagina/setores/associal/arquivos/ArtigoOSuasEmPerspectiva.pdf> .
17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. RDC nº 283, set 2005. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: <http://websphere.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ae5d4580430d5cc6a5ceb7536d6308db/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES>
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). RDC nº 94 de 31 de dezembro de 2007. Modifica a RDC nº 283, set 2005. Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.jan.08/iels05/U_RS-ANVS-RDC-94_311207.pdf
19. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o sistema de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007 dec; 15(6): 1144-1149. [cited 14 jul 2010].Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S01041692007000600014&lng=en.doi:10.1590/S0104-11692007000600014> .
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 29 mar 2006. [Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>
21. Giacomini KC, Couto EC. A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do ministério público e da vigilância sanitária. In: Camarano AA . Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 213-248.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União.[Acesso em 12 jul 2010].Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> .

Recebido: 28/9/2010

Reapresentado: 12/5/2011

Revisado: 01/11/2011

Aprovado: 29/11/2011

ESCOPO E POLÍTICA

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A revista tem periodicidade trimestral e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

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

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

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

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

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

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados (máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

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

PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

O trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte “Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

ENSAIOS CLÍNICOS

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

AUTORIA

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

AVLIAÇÃO DE MANUSCRITOS – PEER REVIEW

Os manuscritos que atenderem à normalização conforme as “Instruções aos Autores” serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Caso contrário, serão devolvidos para a devida adequação. Cada manuscrito é encaminhado para dois revisores ad hoc, de reconhecida competência na temática abordada.

O procedimento de avaliação por pares (*peer review*) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: [a] aceitação sem revisão; [b] aceitação com reformulações; [c] recusa com indicação de o manuscrito poder ser reapresentado após reformulação; e [d] recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados na página de título.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

CONFLITO DE INTERESSES

- Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor ad hoc.
- Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores devem ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”.
- Os autores receberão prova do manuscrito em PDF, para identificação de erros de impressão ou divergência do texto original. Mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

PREPARO DOS MANUSCRITOS – formato e partes

Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. **Tabelas:** deverão ser preparadas em folhas individuais e separadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e sua localização no texto deve ser indicada. Preferencialmente, Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano. **Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. **Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

Página de título contendo: (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) Autores: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade). Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. **Introdução:** deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. **Metodologia:** deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. **Resultados:** devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. **Discussão:** deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. **Conclusão:** apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Exemplos:

1. ARTIGOS EM PERIÓDICOS

Artigo com um autor

Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento* 2005 jan-abr;8(1): 43-60.

Artigo com até três autores, citar todos

Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em idosos no município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. *Cad Saúde Pública* 2004 fev; 20(1):311-19.

Artigo com mais de três autores usar "et al"

Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 fev;13(1):7-14.

2. LIVROS

Autor pessoa física

Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Autor organizador

Veras RP, Lourenço R, organizadores. Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Autor instituição

Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

3. CAPÍTULO DE LIVRO

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

4. Anais de Congresso - Resumos

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

5. DISSERTAÇÃO E TESE

Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

6. DOCUMENTOS LEGAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.

7. MATERIAL DA INTERNET

Artigo de periódico

Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov 2]; 8(3). Disponível em URL: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext &pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso.

Livro

Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>

DOCUMENTOS

(a) Declaração de responsabilidade e Autorização de publicação

Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS
Título do manuscrito: <hr/>
<p>1. Declaração de responsabilidade Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno pública minha responsabilidade por seu conteúdo. Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas, entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo. Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou enviado a outra revista, seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.</p>
<p>2. Transferência de Direitos Autorais Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.</p>
<p>3. Conflito de interesses Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo.</p>
Data, assinatura e endereço completo de todos os autores

(b) Autorização para reprodução de tabelas e figuras

Havendo no manuscrito tabelas e/ou figuras extraídas de outro trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar por escrito autorização para sua reprodução.

PERMISSÃO DE REPRODUÇÃO

É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, da UERJ/UnATI/CRDE, desde que sejam mencionados o nome do(s) autor(es), em conformidade com a legislação de Direitos Autorais.

ENVIO DO MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser encaminhados a revista no endereço abaixo. Enviar uma via em papel, acompanhada de autorização para publicação assinada por todos os autores. Enviar, ainda, arquivo eletrônico do manuscrito, em Word. O arquivo pode ser em CD (enviado juntamente com a cópia em papel) ou apenas por e-mail.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UnATI/CRDE

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã

20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

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

SCOPE AND POLICY

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication *Texts on Ageing*, created in 1998. It is a specialized periodical that publishes scientific papers on Geriatrics and Gerontology, and whose aim is to contribute to deepen human ageing issues. It is published issued each three months and is open to contributions from the national and international scientific communities. The manuscripts must be exclusively addressed to the Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology.

MANUSCRIPTS CATEGORIES

Original articles: reports on original manuscripts aimed to divulge unpublished research results on important themes in the field of study, structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion, though other formats may be accepted (up to 5,000 words, excluding references, tables and figures; references should be limited to 35).

For original article acceptance enclosing randomized controlled trials and clinical trials, the identification number of register of the trials will be requested.

Review articles: critical synthesis of available knowledge on a specific theme, containing literature review and conclusions. System of data collection must be specified (up to 5,000 words and 50 references).

Case reports: priority is given to significant reports of multidisciplinary and/or practical interest, related to BJGG's thematic field (up to 3,000 words and 25 references).

Updates: descriptive and interpretative works based on recent literature concerning the global situation in which a certain investigative or potentially investigative issue is found (up to 3,000 words and 25 references).

Short reports: short descriptions of research or professional experience with methodologically appropriate evidence. Reports that describe new methods or techniques will also be considered (up to 1,500 words, excluding references; up to 10 references and one table/figure).

Reviews: critical review of books and works related to BJGG's thematic field, published in the past two years (up to 1,500 words and 10 references).

RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

The paper should be approved by the Ethics Committee of the institutions where the research was carried out and comply with the ethical standards recommended by the Helsinki Declaration, besides meeting the legal requirements. The last paragraph in the "Methods" section should contain a clear statement to this effect. Attached to the manuscript, there must be a copy of the Research Ethics Committee approval.

CLINICAL TRIAL REGISTRATION

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology follows the policies of the World Health Organization (WHO) and of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) for clinical trial registration, recognizing the importance of those initiatives for international dissemination of information on clinical research, in open access. Accordingly, from 2007 on only articles of trials previously registered in one of the Clinical Trial Registries that meet WHO and ICMJE requirements will be accepted for publication. The list of registries accepted by WHO and ICMJE is available on ICMJE website. The trial registration number should be published at the end of the abstract.

AUTHORSHIP

The concept of authorship is based on each author's contribution, in regard to the conception and design of the research project, acquisition or analysis and interpretation of data, drafting and critical review, etc. The inclusion of names of authors whose contribution does not meet the above criteria is not justifiable, and in such case, their names should appear in "Acknowledgements". Individual contributions of each author must be specified. Authors must obtain written authorization by all people mentioned in the acknowledgements, since one may infer that these can subscribe the content of the manuscript.

MANUSCRIPTS EVALUATION

Manuscripts that meet the standards of the "Instructions to Authors" will be sent to ad hoc reviewers selected by the editors. Otherwise they will be returned for proper adequacy. Each manuscript is sent to two ad hoc reviewers of recognized competence in the theme.

The process of peer review is double-blind concerning the identity of authors and reviewers. The reviewers may indicate: [a] acceptance without revision, [b] accepted with revisions; [c] refusal stating that the manuscript may be resubmitted after revision, and [d] rejection. In all these cases, authors will be notified. The text should not include any information that allows identification of authorship; this information must be provided on the title page.

The final decision on whether to publish the manuscript or not is always issued by the editors. In the process of editing and formatting according to the journal's style, the BJGG reserves the right to make changes to the text in relation to form, spelling and grammar before sending it for publication.

CONFLICTS OF INTEREST

- Having identified a conflict of interest among reviewers, the manuscript will be sent to another ad hoc reviewer.
- Possible conflicts of interest by authors should be mentioned and described in the "Statement of Responsibility".
- Authors will receive a proof of the manuscript in PDF format in order to identify printing errors or divergence from the original text. Changes in the original manuscript will not be accepted during this phase.

MANUSCRIPTS PRESENTATION – STRUCTURE

Manuscripts should be exclusively submitted to the Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology. The Journal welcomes papers written in Portuguese, Spanish or English. Documents must be delivered with a printed copy and in a CD-ROM. This material will not be returned to authors.

Text: typewritten on one side of 21x29,7 cm white paper (A-4 format), double-spaced throughout, font Arial size 12, 3 cm margins. All pages must be numbered. **Tables:** must be presented in separate archives, individually printed in separate sheets, consecutively numbered in Arabic numerals. Their insertion in the text must be indicated. Avoid repetition in graphs of data already presented in tables. Tables should have no internal horizontal or vertical lines; charts must have open borders. Each figure must have a short title. **Images:** authors are responsible for the quality of all figures (drawings, illustrations and graphs), which must be delivered in

a high-quality print, in black-and-white and/or gray, in the original software (Excel, Corel etc.) or in 300 dpi when non-editable.
Footnotes: used as fewer as possible; must be indicated by an asterisk.

Front page: (a) Title: Must contain the article's complete title, in Portuguese or Spanish, and in English, and short title for the other pages. A good title allows immediate identification of the article's theme. (b) Authors: should be cited as authors only those who really took part in the work and will have public responsibility for its content. Inform the names and complete addresses of all authors, including email, last titration and institutions of affiliation (informing department, college, university). Inform the individual contributions of each author in the preparation of the article. Indicate the corresponding author. (c) Research funding: if the research was supported, indicate the type of aid, the name of funding agency and case number.

Abstract: articles should be submitted with an abstract from 150 to 250 words. Articles written in English should have an abstract in Portuguese, besides the English one. For original papers, abstracts should be structured as follows: objectives, methods, results and most relevant conclusions. For the remaining categories, abstract should be structured as a narrative containing the same information. No quotations are allowed in the abstracts.

Key words: indicate between 3 and 6 terms which best describe the contents of the paper, using Bireme's DeCS/MeSH terminology, available at <<http://www.bireme.br/decs>>.

Text: papers that present investigations or studies must be structured as follows: introduction, methods, results, discussion and conclusions. Introduction: must contain the work's objective and justification; its importance, scope, blanks, controversies and other data considered relevant by the authors. It should be as concise as possible, except for manuscripts classified as Review Article. Methods: must contain a description of the studied sample and data on the investigation's instrument. For studies involving human beings authors must mention the existence of a free informed term of consent presented to participants after approval by the Ethics Committee at the institution where research was carried out. Results: must be presented in a concise and clear manner, with self-explanatory tables or figures which present statistical analysis. Avoid repetition of data already included in the text. Maximum number of tables and/or figures is restricted to five.

Discussion: must explore the results, presenting the author's own experience and other observations already reported in literature. Methodological difficulties can be presented in this item. Conclusion: must present relevant conclusions in relation to the paper's objectives, indicating ways for the continuation of the research work.

Acknowledgements: should be made to institutions and individuals whose effective collaboration helped the development of the work, in an up-to-five lines paragraph.

References: should be standardized according to the Vancouver style. The identification of the references in the text, tables and figures should be made by the Arabic numeral corresponding to their numbering in the reference list. References should be listed in the order they are first mentioned in the text (and not alphabetically). This number should be placed in exponent. All publications cited in the text should appear in the references.

Examples:

1. PERIODICALS

One author

Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos Envelhecimento* 2005 jan-abr;8(1): 43-60.

Up to three authors

Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em idosos no município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. *Cad Saúde Pública* 2004 fev; 20(1):311-19.

More than three authors – only the first one should be listed followed by "et al"

Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 fev;13(1):7-14.

2. BOOKS

Individual as author

Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Organizer as author

Veras RP, Lourenço R, organizadores. Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Institution as author

Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

3. BOOK CHAPTER

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

4. ABSTRACT IN CONGRESS

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

5. THESES AND DISSERTATIONS

Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

6. LEGAL DOCUMENTS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 set.

7. INTERNET MATERIAL

Artigo

Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov 2]; 8(3). Disponível em URL: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51517-59282005000300006&lng=pt&nrm=iso.

Livro

Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria n° 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>

DOCUMENTS

(a) Authorization for publication and copyright transfer

Authors should attach to the manuscript, a cover letter transferring the editorial rights, as follows:

DECLARATION OF RESPONSIBILITY AND COPYRIGHT TRANSFER
Title of manuscript: _____
1. Declaration of responsibility: I certify my participation in the work above mentioned and I take public my responsibility for its content. I certify that I have not omitted any agreement with people, entities or companies to whom the publication of this article might be of interest. I certify that the manuscript represents original work and that neither this manuscript nor one with substantially similar content under my authorship has been published or is being considered for publication elsewhere, either in print or in electronic format, except as described as an attachment.
2. Copyright transfer: I declare that, should the article be accepted for publication, the <i>Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology</i> will hold its copyright, which shall become the exclusive property of the <i>Journal</i> , and that any reproduction is prohibited, whether total or partial, without the due acknowledgment to the <i>Journal</i> .
3. Conflicts of interest I attest that there are no conflicts of interest concerning this manuscript.
Date, signature and complete address of all authors.

(b) Authorization for reproduction of figures and tables

If the manuscript presents tables and figures drawn from other previously published work, authors should request written permission for their reproduction.

REPRODUCTION PERMISSION

Articles published by UERJ/UnATI/CRDE's Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology can be totally or partially reproduced, but due acknowledgement shall be taken to the author(s) and to the Journal, according to the Copyright legislation in force.

MANUSCRIPT SUBMISSION

Manuscripts should be submitted to BJGG at the address below. Submit one printed copy, accompanied by authorization for publication signed by all authors. Send also an electronic file of the manuscript (in Word), which may be on CD (along with printed copy) or by e-mail.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UnATI/CRDE

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã

20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brazil

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

Nutren® Senior

Desenvolvido para quem já passou dos 50 anos e ainda tem muito o que aproveitar.

A ação sinérgica de proteína, cálcio e vitamina D:¹⁻⁵

- fortalece o músculo e a saúde óssea
- restaura a força e a energia
- auxilia no bom estado nutricional



NHS990415



Cada porção de Nutren® Senior pó (55 g) oferece:

480 mg
cálcio

20 g
proteína

440 UI
vitamina D*

* 440 UI equivalem a 11 µg de vitamina D

Conheça também o Nutren® Senior chocolate pronto para beber!

Referências bibliográficas: 1. Bauer J, Biolo G, Cederholm T et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. JAMA 2013;14:542-559 2. Verbrugge FH, Gelen E, Milisen K et al. Who should receive calcium and vitamina D supplementation. Age and Ageing 2012;0:1-5 3. Montgomery SC, Streit SM, Beebe L et al. Micronutrient needs of the elderly. Nutr Clin Pract 2014;29:435 4. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz, Rio Claro 2010;16:1024-1032 5. Paddon-Jones D et al. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: Protein, amino acid metabolism and therapy Curr Opin Clin Nutr Metab Care. January 2009 ; 12: 86-90.

