

VOLUME 23 NÚMERO 6



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 23, Nº 6, 2020

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editor Associado / Associate Editor

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

Alexandre Kalache – Centro Internacional de Longevidade Brasil / International Longevity Centre Brazil (ILC BR). Rio de Janeiro-RJ - Brasil

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

Antón Alvarez – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha

Candela Bonill de las Nieves – Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga - Espanha

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

Jose F. Parodi – Universidad de San Martín de Porres de Peru. Lima – Peru

Lúcia Helena de Freitas Pinho França – Universidade Salgado de Oliveira. Niterói-RJ - 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 – Florida International University. Miami-FL – EUA

Mônica de Assis – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Raquel Abrantes Pêgo – Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F.

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

Normalização / Normalization

Maria Luisa Lamy Mesiano Savastano

Gisele de Fátima Nunes da Silva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título *Textos sobre Envelhecimento*, fundado em 1998. Tem por objetivo publicar e disseminar a produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações breves. Outras categorias podem ser avaliadas, se consideradas relevantes.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication Texts on Ageing, created in 1998. It aims to publish and spread the scientific production in Geriatrics and Gerontology and to contribute to the deepening of issues related to the human aging. Manuscripts categories: Original articles, Reviews, Case reports, Updates and Short reports. Other categories can be evaluated if considered relevant.

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.br

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the “Instructions for Authors”, published in www.rbgg.com.br

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia por meio do e-mail revistabgg@gmail.com

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email revistabgg@gmail.com

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 / 2334-0131 r. 229

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

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: www.rbgg.com.br

Indexação / Indexes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

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

REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

EDITORIAL

ENVELHECIMENTO E DESIGUALDADES: POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL AOS IDOSOS EM FUNÇÃO DA PANDEMIA COVID-19 NO BRASIL

Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil
Alexandre Kalache, Alexandre da Silva, Karla Cristina Giacomini, Kenio Costa de Lima, Luiz Roberto Ramos, Marília Louvison, Renato Veras

ARTIGOS ORIGINAIS

PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E QUALIDADE DE VIDA: RESULTADOS DE UM ESTUDO MULTICÊNTRICO EM PORTUGAL

Participation in community intervention programmes and quality of life: findings from a multicenter study in Portugal

Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos, Joana Mafalda Miguelote de Pinho Monteiro, Carla Maria Gomes Marques de Faria, Maria Helena Pimentel, Sofia de Lurdes Rosas da Silva, Carlos Miguel Figueiredo Afonso

DIFICULDADES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors

Priscila Karolline Rodrigues Cruz, Maria Aparecida Vieira, Jair Almeida Carneiro, Fernanda Marques da Costa, Antônio Prates Caldeira

INSATISFAÇÃO COM A VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE

Dissatisfaction with life and associated factors in older community-dwelling adults

Annelita Almeida Oliveira Reiners, Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, Joana Darc Chaves Cardoso, Mariano Martínez Espinosa, Aenne Zandonadi Rodrigues Santana

NEGLIGÊNCIA E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A PESSOA IDOSA EM UM ESTADO BRASILEIRO: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE 2011 A 2018

Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018

Gracielle Pampolim, Franciele Marabotti Costa Leite

TESTE CIRCUITO AO AR LIVRE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE PREDIÇÃO DA CAPACIDADE CARDIORRESPIRATÓRIA DE IDOSOS

Outdoor circuit test: construction and validation of an instrument for the prediction of cardiorespiratory capacity for older adults

Gabriela Rezende de Oliveira Venturini, Paulo de Tarso Veras Farinatti, Nádia Souza Lima da Silva

PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA DA SAÚDE: COTIDIANO, LAZER E SAÚDE DE IDOSOS

The Rio Health Gym Program: Daily life, leisure and health of older adults

Marielle Cristina Gonçalves Ferreira, Luiz Fernando Rangel Tura, Rafael Celestino da Silva, Márcia de Assunção Ferreira

PLANO DE AÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO BRASIL: ANÁLISE DOS INDICADORES POR UNIDADES FEDERATIVAS

Action plan for tackling violence against older adults in Brazil: analysis of indicators by states

Talita Araujo de Souza, Sávio Marcelino Gomes, Isabelle Ribeiro Barbosa, Kenio Costa de Lima

ANÁLISE ESPACIAL DE ACIDENTES DE TRÂNSITO COM IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Spatial analysis of traffic accidents involving older adults in a city in the northeast of Brazil

Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado, Cristine Vieira do Bonfim, Carmela Lilian Espósito de Alencar Fernandes, Jacicleide Alves Oliveira, Aline Galdino Soares da Silva

EL ADULTO DE MEDIANA EDAD Y SU PROPIA VEJEZ: ENFOQUE ESTRUCTURAL DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

The middle-aged adult and their own old age: a structural approach to social representation

Anita del Rosario Zevallos Cotrina, Sofia Sabina Lavado Huarcaya, Márcia de Assunção Ferreira

IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO DOMICÍLIO: INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS E PROGRAMAS MUNICIPAIS

Older adults undergoing home enteral nutrition therapy: integration of national public policy and municipal programs

Rubia Daniela Thieme, Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker, Rafael Gomes Ditterich

POLÍTICAS PÚBLICAS E A INSERÇÃO DA PESSOA IDOSA NO MERCADO DE TRABALHO NO BRASIL

Public policies and the insertion of old people in the labor market in Brazil

Andrea Toshiye Sato, Selma Lancman

ATENÇÃO NUTRICIONAL À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nutritional Care for older adults in Primary Health Care, from the perspective of health professionals

Carolina Lou de Melo, Maria Angélica Tavares de Medeiros

VELHICE, TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Elderly, work and worker health in Brazil: an integrative review

Priscila de Freitas Bastos Pazos, Renato José Bonfatti

ARTIGOS DE REVISÃO

O PAPEL DO ENGAJAMENTO CULTURAL PARA IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

The role of cultural engagement for older adults: an integrative review of scientific literature

Lilian Dias Bernardo, Claudia Reinoso Araújo de Carvalho

GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Managing care for older adults with tuberculosis in Primary Care: an integrative review

Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo, Stephanie de Abreu Freitas, Amanda Haissa Barros Henriques, Mathews Figueiredo Nogueira, Jordana Almeida Nogueira, Anne Jaquelyne Roque Barrêto

O CUIDADO COM AS PESSOAS IDOSAS FRÁGEIS NA COMUNIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Care for frail older adults in the community: an integrative review

Gislaine Alves de Souza, Karla Cristina Giacomini, Josélia Oliveira Araújo Firmo



Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil

Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil

A pandemia da Covid-19 traz desafios a todo o mundo, particularmente aos países de baixa e média renda, dada a fragilidade das políticas públicas. Estudo do *Imperial College of London*¹ destacou o caráter global do desafio. Uma ação firme e coordenada dos governos, centrada no isolamento social para toda a população, poderá salvar milhões de vidas mundialmente. Sem desconsiderar o impacto socioeconômico, decisões emergenciais devem sopesar primordialmente a vida de **todos**, a despeito dos interesses imediatistas econômicos.

No Brasil, mais de 80% dos idosos dependem exclusivamente, para seus cuidados de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa proporção é ainda maior entre negros² e pobres. Há anos o SUS vem sofrendo cortes orçamentários profundos, e muitos de seus equipamentos já estavam à beira de colapso por excesso de demanda, antes mesmo da pandemia. A desigualdade é gritante - como expressou claramente a jornalista Flavia de Oliveira “A crise da Covid-19 não forjou as mazelas do país. Escancarou-as”³.

Faz-se urgente reverter políticas que levem à desconstrução do SUS, especialmente, da Atenção Primária. Preocupa também um aumento predizível da mortalidade por outras causas em função da superlotação e dedicação prioritária dos serviços hospitalares a pacientes com Covid-19; da falta de testes, resultando em um subdimensionamento do problema; e da carência de respiradores e equipamentos de proteção individual (EPIs) colocando em risco a estrutura e a força de trabalho para suportar a demanda crescente de serviços.

A pandemia da Covid 19 mostra no Brasil, um rosto diferente:

- mais jovem, pois muito antes dos 60 anos, adultos apresentam comorbidades que os colocam no grupo de alto risco;
- muito mais “escuro”, pois entre os pobres mais pobres estão os negros. As questões de raça e etnia são imperativas - incluindo-se as populações indígenas, imigrantes e povos nômades. Sem essas informações, até aqui ausentes dos boletins epidemiológicos, não poderá haver direcionamento adequado de ações de enfrentamento;
- mais feminina, pelo maior risco de profissionais de saúde mais expostos, pela situação de trabalho informal, por seu papel de provedoras de alimentos e cuidados para a família e pelo aumento da violência doméstica;
- ainda mais idadista, uma vez que escolhas economicistas determinam a exclusão dos mais idosos aos serviços de saúde;

- elitista, pois os mais pobres são preteridos no acesso a diagnóstico e tratamento seja onde for que vivam;
- mais sofrida, dada a absoluta insuficiência de cuidados paliativos na rede pública.

Envelhece-se mal e precocemente no Brasil. Assim, as mortes pela Covid-19 no Brasil refletem não tanto nossa composição etária, mas sobretudo o fato de nunca termos tido políticas para um envelhecimento ativo e saudável, centrado em promoção da saúde, de aprendizagem ao longo da vida, de participação cidadã e proteção dos mais fragilizados⁴.

Portanto, o momento atual exige de todos solidariedade intergeracional e interdisciplinar. À semelhança de outros países, a resposta do Brasil à pandemia foi “muito pouco, muito tarde”⁵. Milhões de brasileiros não conseguem seguir as recomendações preventivas, não por não quererem, mas por não poderem: a exclusão social e as discriminações estruturantes negam-lhes uma existência plena de direitos. A Emenda Constitucional 95 reduziu ainda mais os recursos, da promoção de saúde à prevenção, da atenção primária aos serviços hospitalares; das condições sanitárias ao cuidado dos mais dependentes – tudo isso agravado pelos cortes profundos no orçamento das políticas sociais.

Quais respostas estão sendo oferecidas para proteger as pessoas idosas residentes em Instituições de longa permanência para idosos (ILPIs)? Como estão sendo cuidados e protegidos os profissionais que nelas atuam? Como garantir fluxos organizacionais para serviços de referência? Como adotar medidas urgentes para evitar as mortes anunciadas nessas instituições?

É fundamental reconhecer a existência de todos esses problemas e que a falta de conhecimento gerontológico os agrava⁶. As políticas de enfrentamento à pandemia devem considerar as evidências acumuladas pelos que estudam envelhecimento de modo a desenvolver diretrizes voltadas às necessidades dos idosos institucionalizados e aos mais fragilizados, considerando as limitações da infraestrutura formal de serviços e a ausência de cuidados integrados.

Por isso o Grupo Temático (GT) de Envelhecimento e Saúde Coletiva da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva)⁵ tem se debruçado em reflexões e proposições que possam ampliar a resposta face à grave crise sanitária e política que o país vive. A prioridade absoluta que se impõe é proteger a população como um todo e em particular os idosos através do isolamento social visando o achatamento da curva epidêmica e assim prevenir o colapso dos sistemas de saúde público e privado.

Urge reforçarmos políticas para a atenção primária em saúde, criar estratégias de monitoramento remoto, garantir insumos de sobrevivência, oferecer orientações concretas e suporte às ILPIs, cuidar dos idosos que vivem em situação de rua, apoiar os idosos que cuidam de idosos ou que ainda trabalham na informalidade para sua subsistência, além de garantir abordagem humanitária e cuidados paliativos, quando necessário.

Políticas públicas precisam ser feitas com as pessoas e não para as pessoas. Nossos conselhos de direitos das pessoas idosas foram profundamente enfraquecidos no último ano, em particular o Conselho Nacional que pouco diálogo tem com a sociedade civil⁷.

Mais uma vez este GT denuncia: não considerar as evidências científicas e recomendações da OMS para a adoção de isolamento horizontal levará a um gerontocídio abjeto, desumano, indefensável.

Como parte do reconhecimento que as políticas públicas sejam feitas com as pessoas e não para as pessoas, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia em seu número temático acerca das políticas públicas construídas com as pessoas idosas, os convida a publicar seus artigos científicos que tragam luz à proteção coletiva à vida das pessoas idosas.

GT Envelhecimento e Saúde Coletiva da ABRASCO:

Alexandre Kalache¹ – Presidente do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil), Co-director, Age Friendly Foundation, Boston, HelpAge International Global Ambassador on Ageing - 

Alexandre da Silva¹ - Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) e da Universidade Cruzeiro do Sul, Membro do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil) 

Karla Cristina Giacomini¹, ponto focal do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil), membro pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, FiocruzMinas 

Kenio Costa de Lima², Editor Associado da RBGG, Professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Diretor do Instituto Envelhecer da UFRN 

Luiz Roberto Ramos³, Diretor do Centro de Estudos do Envelhecimento, Escola Paulista de Medicina / UNIFESP 

Marília Louvison¹ - Professora da Faculdade de Saúde Pública da USP, Membro do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil). 

Renato Veras² (UNATI/UERJ e RBGG), Editor da RBGG, Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI - UERJ) 

REFERÊNCIAS

1. Walker GT, Whittaker C, Watson O, Baguelin Mark, Ainslie KEC, Bhatia S, et al. The Global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression [Internet]. London: Imperial College London; 2020 [acesso em 26 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020.pdf>
2. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc [Internet]. 2016 [acesso em 20 mar. 2020];25(3):535-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt&tlng=pt
3. Oliveira F. Vocês que lutem! O Globo (Rio de Janeiro). 24 abr. 2020: Opinião.
4. Kalache A. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.
5. The Lancet. COVID-19: too little, too late? Lancet [Internet]. 2020 [acesso em 06 mar. 2020];395(10226):1-2. PubMed; PMID: 32145772. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7135007/>
6. Lloyd-Sherlock PR, Ebrahim S, Geffen L, Mckee M. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. Br Med J. 2020;368:1-2.
7. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Pandemia da Covid-19 e um Brasil de desigualdades: populações vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2020 [acesso em 01 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtenvelhecimentoesaudecoletiva/2020/03/31/pandemia-do-covid-19-e-um-brasil-de-desigualdades-populacoes-vulneraveis-e-o-risco-de-um-genocidio-relacionado-a-idade/>
8. Brasil. Centro Internacional de Longevidade. Carta aberta Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDI [Internet]. Rio de Janeiro: ILC-Brasil; 2020 [acesso em 01 abr. 2020]. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/noticias/carta-aberta-ao-conselho-nacional-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cndi/>

¹ Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Diretor do Centro de Estudos do Envelhecimento, Escola Paulista de Medicina / UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil



Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal

Participation in community intervention programmes and quality of life: findings from a multicenter study in Portugal

Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos^{1,2} 

Joana Mafalda Miguelote de Pinho Monteiro¹ 

Carla Maria Gomes Marques de Faria^{1,2} 

Maria Helena Pimentel^{3,4} 

Sofia de Lurdes Rosas da Silva^{5,6} 

Carlos Miguel Figueiredo Afonso³ 

Resumo

Objetivo: Analisar a qualidade de vida (QV) em indivíduos que participam de programas de intervenção comunitária (PIC) orientados para uma vida ativa e saudável. **Método:** Estudo transversal multicêntrico com 304 participantes, com 55 anos ou mais de idade, a viver na comunidade em três localidades portuguesas. Metade desses indivíduos (n=152) envolvida em PIC (grupo de intervenção). Esse grupo foi emparelhado segundo sexo e grupo etário com número equivalente de participantes (n=152) que não frequenta PIC (grupo de comparação). As atividades dos PIC foram agrupadas segundo a sua natureza: sociorrecreativas, educativas/aprendizagem ao longo da vida (ALV) e atividade física. Recolheu-se informação usando Questionário de Participação Social, WHOQOL-Bref e Escala de Satisfação com a Vida. **Resultados:** Os participantes dos PIC tinham média de idade de 71,4 ($\pm 5,4$) anos, eram predominantemente mulheres (75,0%), casados (65,4%), com escolaridade inferior a cinco anos (71,7%) e rendimento familiar mensal até 750 euros (47,4%). O GI apresentou melhor QV no domínio *físico* do que o GC ($p < 0,03$). A atividade física foi a modalidade mais frequentada nos PIC (n=119; 78,3%) em comparação com atividades educativas/ALV (n=46; 30,3%) e sociorrecreativas (n=25; 16,4%). Os praticantes de atividade física em PIC apresentaram melhor QV nos domínios *psicológico, relações sociais e ambiente* do que os não praticantes ($p < 0,05$). **Conclusão:** A participação

Palavras-chave:

Envelhecimento Saudável.
Participação Social.
Qualidade de Vida. Saúde do Idoso. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

¹ Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação. Viana do Castelo, Portugal

² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Unidade de Investigação CINTESIS, Universidade do Porto. Porto, Portugal

³ Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Bragança, Portugal

⁴ Instituto Politécnico de Bragança, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E). Bragança, Portugal

⁵ Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Educação. Coimbra, Portugal

⁶ Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS 20). Coimbra, Portugal

Financiamento da pesquisa: Fundação para a Ciência e Tecnologia e Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (SAICT-POL/23712/2016; POCI-01-0145-FEDER-023712)

Os autores declaram não haver conflito na concepção desse trabalho.

Correspondência/Correspondence

Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos

E-mail: abastos@ese.ipv.pt

Recebido: 06/02/2019

Aprovado: 29/08/2019

em PIC está associada à QV pelo que, em linha com o quadro do envelhecimento ativo, se recomenda implementar PIC no âmbito das políticas públicas, promovendo sistematicamente a QV da população.

Abstract

Objective: The present study aimed to analyze quality of life (QoL) in participants of community intervention programs (CIP) focused on healthy aging. *Method:* A multicenter cross-sectional study was carried out with 304 community-dwelling participants, aged 55 years old or more and living in three locations in Portugal. Half of these individuals (n=152) were involved in a CIP (intervention group). The intervention group was paired according to sex and age group with an equivalent number of participants (n=152) that did not take part in a CIP (comparison group). Activities implemented in the CIP were grouped according to their nature: socio-recreational, educational/lifelong learning and physical activity. Data collection involved a Social Participation Questionnaire, the WHOQOL-Bref and the Satisfaction With Life Scale. *Results:* The CIP participants (n=152) had a mean age of 71.4 years (± 5.4), were predominantly women (75.0%), married (65.4%), with fewer than five years of education (71.7%) and a monthly family income of up to 750 euros (47.4%). The intervention group had a significantly higher QoL in the physical domain than the comparison group ($p < 0.03$). Physical activity was the most frequently attended session in the CIP (n=119, 78.3%), in comparison with educational/lifelong learning (n=46, 30.3%) and socio-recreational (n=25, 16.4%) activities. People practicing physical activity in the CIP had a significantly higher QoL in the psychological, social relationships and environment domains ($p < 0.05$). *Conclusion:* Participation in the CIP was associated with QoL. Therefore, in line with the active aging framework, CIPs must be a part of public policy measures aimed at the QoL of the population.

Keywords: Healthy Aging. Social Participation. Quality of Life. Health of the Elderly. Program Evaluation.

INTRODUÇÃO

Criar oportunidades para uma vida ativa e saudável é importante para as pessoas idosas face à maior vulnerabilidade em saúde¹. Em linha com investigação prévia², assume-se que o envelhecimento é um processo dinâmico que ocorre ao longo da vida na interrelação pessoa-contexto. Vários modelos teóricos têm enfatizado a importância da participação e envolvimento social no processo de envelhecimento saudável ou bem-sucedido (EBS). Para Rowe e Kahn³⁻⁵ o envolvimento ativo com a vida é um dos três componentes do EBS o qual inclui cultivar relações interpessoais próximas e envolver-se em atividades com significado e propósito. Mais recentemente, esses autores⁵ defendem a valorização das competências e potencial produtivo das pessoas idosas, bem como a criação de oportunidades para que assumam novos papéis e responsabilidades sociais.

Já o modelo de Otimização Seletiva com Compensação^{6,7} concebe o indivíduo como dotado de mecanismos de autorregulação. Considerando a plasticidade intraindividual e a variabilidade

interpessoal no envelhecimento, Baltes e Baltes⁶ recomendam o fortalecimento das capacidades de reserva por meio da educação, motivação, promoção da saúde e do suporte social. Melhores reservas (físicas, mentais e/ou sociais) aumentam a probabilidade de envelhecer bem.

Por sua vez, o modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva (PPC)⁸⁻¹⁰ associa o envelhecimento ao aumento do *stress*, reconhecendo a capacidade de o indivíduo lidar ativa e eficazmente com os desafios associados à idade. Na linha de Baltes⁶, esse modelo acentua a importância dos mecanismos proativos de autorregulação, apresentando os conceitos de adaptações proativas preventivas e corretivas, entre as quais figuram comportamentos de natureza social (ex.: ajudar os outros, mobilizar suporte, substituição de papéis). À semelhança de Rowe e Kahn³, o modelo PPC coloca em destaque a manutenção de atividades e relacionamentos valorizados. Aliás, os próprios idosos consideram o envolvimento proativo e as relações interpessoais como fatores importantes para alcançar o EBS¹¹.

A importância de estar socialmente envolvido também figura no quadro de referência do envelhecimento ativo (EA)^{12,13}, sendo a participação um dos seus quatro pilares. A capacidade de participar depende do estado de saúde e, ao mesmo tempo, é central na promoção da saúde, propósito na vida e relações sociais positivas. Assim, reconhece-se que estar socialmente envolvido influencia a qualidade de vida (QV). Como tal, é necessário traçar medidas de política para garantir oportunidades para esse envolvimento.

Apesar da teorização em torno da participação social, esse conceito é difuso e pouco consensual, o que dificulta a comunicação entre investigadores, a criação de instrumentos de medida estandardizados e a comparabilidade dos resultados de investigação^{14,15}. Para Scharlach e Lehning¹⁶, e em linha com os modelos de EBS, o envolvimento social inclui dois subcomponentes: contacto social (relações pessoais, suporte social) e participação social (atividades sociais significativas). Apesar da indefinição conceptual, observa-se uma tendência para analisar as relações entre participação social e QV enquanto indicador de bem envelhecer. A QV corresponde à apreciação subjetiva que uma pessoa faz da sua situação na vida tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, dentro do quadro cultural e de valores em que se insere¹⁷. Há evidência de que participar em diferentes atividades sociais favorece a QV associada à saúde na população em geral¹⁸ e especificamente na população idosa¹⁹.

Estudos mostram que idosos que participam em grupos sociais apresentam QV significativamente superior à dos não participantes, nomeadamente nos domínios *físico, ambiente e relações sociais* do WHOQOL-Bref e nas facetas *atividades passadas/presentes/futuras, intimidade e participação social* do WHOQOL-OLD^{20,21}. Estudos longitudinais demonstram que participar em atividades sociais conduz a melhor QV^{22,23}, satisfação com a vida e autoestima²⁴ e reduz sintomas depressivos^{23,24} nas pessoas idosas. Mais ainda, essa relação parece intensificar-se com o avançar da idade^{22,25} e é mais forte nas pessoas idosas comparativamente com as mais jovens¹⁸. Numa revisão sistemática, Adams et al.²⁶ constatarem que diversos tipos de atividade geram benefícios no envelhecimento, destacando-se as atividades sociais

que podem reduzir o risco de isolamento social, favorecer o suporte socioemocional e os papéis sociais, entre outros. Por seu turno, a atividade física está associada a melhor QV²⁷⁻²⁹, sendo que os seus ganhos vão além do exercício em si, abrangendo a dimensão social, o reforço de laços e a ocupação de um papel relevante na vida comunitária^{28,30}.

Em síntese, teoria, investigação e políticas apontam para a relevância da participação social na QV e bem-estar da população idosa, no entanto, na maioria dos estudos não existe um grupo de comparação. Assumindo que estar socialmente envolvido traz ganhos em termos de QV e bem-estar, o presente estudo teve como principal objetivo comparar a QV em indivíduos que participam em programas públicos de intervenção comunitária (PIC) orientados para o envelhecimento bem-sucedido e saudável com a de indivíduos que não participam desses programas.

MÉTODO

O presente estudo é parte integrante de um projeto de investigação multicêntrico e multimétodo (Envelhecimento, participação social e deteção precoce da dependência: capacitar para a Quarta idade - AgeNORTC) desenvolvido em três territórios do Norte e Centro de Portugal (Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa), envolvendo Instituições de Ensino Superior com educação e formação em Gerontologia e Câmaras Municipais.

Trata-se de um estudo quantitativo comparativo, de natureza transversal, que visa estabelecer a *baseline* para analisar as alterações no processo de envelhecimento. Nesse estudo sobre políticas públicas a nível local, entende-se a participação social como envolvimento sistemático em iniciativas comunitárias – aqui designadas por Programas de Intervenção Comunitária (PIC) – orientadas para a promoção do envelhecimento ativo e bem-sucedido. Os PIC orientam a operacionalização do projeto AgeNortC, constituindo a matéria-prima para avaliar a participação/envolvimento social das pessoas idosas e sua relação com a qualidade de vida.

Este estudo incluiu 152 participantes envolvidos em PIC (50 por local) com idades entre 55 e 84 anos

e a viver na comunidade, que configuram o grupo de intervenção (GI) – grupo sob investigação. Tratando-se de um estudo de base comunitária e perante a impossibilidade de seleccionar os participantes de modo aleatório tomando por base listas de inscritos em PIC, a amostra foi seleccionada via parceiros-chave (ex., juntas de freguesia, associações) e contato direto com as pessoas idosas no decurso dos PIC. Por seu turno, o grupo de comparação (GC; n=50 por local), emparelhado com o anterior em termos de sexo e grupo etário, foi seleccionado por meio das redes familiares e de vizinhança dos participantes, assim como de parceiros-chave (ex., autarquias, juntas de freguesia, associações). Foram excluídos os indivíduos que, mesmo estando a participar em PIC, vivem em residências para idosos. Tratando-se de um estudo exploratório pensou-se que seria importante detectar uma média das diferenças entre os pares na qualidade de vida de 5% (escala entre 0-100%), embora não tivéssemos qualquer indicação sobre a variabilidade. Admitindo um desvio-padrão entre 15% e 20%, uma amostra de 50 pares por local permite detectar essa diferença com um poder superior a 85%.

Na recolha de dados utilizou-se um protocolo de avaliação gerontológica multidimensional. Foi elaborado pelos autores um Questionário Sociodemográfico e de Participação Social com duas secções: (1) aspetos sociodemográficos – 21 questões fechadas; (2) aspetos da participação em programas de intervenção comunitária – seis questões fechadas.

A qualidade de vida foi avaliada por meio da versão portuguesa do *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref)³¹. Esse instrumento é composto por 26 itens, com escalas de resposta

de tipo Likert de cinco pontos. Os primeiros dois itens avaliam a qualidade de vida geral (QV geral) e os restantes estão organizados em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente). Note-se que não existe um escore global do instrumento. Conforme recomendado, os escores brutos foram convertidos em escala 0-100, com valores mais altos a indicar melhor percepção de qualidade de vida. A versão portuguesa da WHOQOL-Bref³¹ apresenta valores elevados de fiabilidade ($\alpha=0,92$), sendo que os domínios ou facetas variam entre o mínimo de 0,64 (domínio relações sociais) e 0,87 (domínio físico). Quanto à validade, os autores da versão portuguesa consideram que discrimina bem as pessoas da população normal das com patologia médica associada, quer ao nível dos domínios, quer da faceta geral de QV. Esses valores vão ao encontro dos da versão original¹⁷.

Foi ainda avaliado o bem-estar por meio da versão portuguesa da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS)³². Essa escala permite aceder à apreciação global que os participantes fazem da sua vida, focando-se nos julgamentos da pessoa e não em critérios definidos *a priori*. É composta por cinco itens, com escala de resposta de tipo Likert de sete pontos. Quanto mais elevado o escore final (0-35), maior o grau de satisfação com a vida. A versão portuguesa apresenta boa consistência interna ($\alpha=0,78$) e bons indicadores de validade, nomeadamente correlações significativas com a autoeficácia, autoconceito, maturidade psicológica e ansiedade social. Esses valores estão em linha com a versão original.

A informação sobre o PIC (Quadro 1) foi recolhida por meio da análise documental de relatórios e outras fontes escritas produzidas pelas autarquias.

Quadro 1. Descrição dos programas de intervenção comunitária. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Programa	População-alvo	Descrição e Objetivo Geral	Funcionamento
Viana do Castelo	População do concelho com 60+ anos e/ou reformada e pensionista (500 inscritos)	Atividades recreativas, culturais e de lazer facilitadoras do acesso da população sénior à participação na vida comunitária, a fim de promover o envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar.	Atividades uma vez por semana, com base num plano anual que inclui bailes, cinema, teatro, oficinas, jardim PAM, palestras, entre outros.
	População do concelho com 60+ anos e/ou reformada e pensionista (621 inscritos)	Atividades lúdico-desportivas dedicadas aos tempos livres e acesso a exercício físico regular. Os objetivos passam por melhorar os índices de saúde, promover o bem-estar e ampliar a interação social.	Atividades duas vezes por semana (45min); uma sessão de ginástica em pavilhão e uma sessão de hidroginástica. Novembro a junho.
Bragança	População do meio rural do concelho com 60+ anos e/ou reformada e pensionista (200 inscritos)	Atividades recreativas, culturais e de lazer facilitadoras do acesso da população sénior à participação na vida comunitária, a fim de promover o envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar.	Atividades gímnicas em pavilhão uma vez por semana nas aldeias aderentes e hidroginástica uma vez por mês na piscina municipal. Setembro a maio.
	População do meio urbano do concelho com 60+ anos e/ou reformada e pensionista (120 inscritos)	Atividades recreativas, culturais e de lazer facilitadoras do acesso da população sénior à participação na vida comunitária, a fim de promover o envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar.	Atividades gímnicas duas vezes por semana no pavilhão municipal e hidroginástica uma vez por semana na piscina municipal. Setembro a maio.
Coimbra/Condeixa	População do concelho, adultos e seniores (20 inscritos)	Atividades sociais e recreativas (convívio com leitura, difusão de conhecimento, valorização do património), que visam promover a interação social na comunidade.	Atividades quinzenais (2h30m). Janeiro a dezembro (exceto agosto).
	População do concelho com 65+ anos (10 inscritos)	Atividades para promover a autonomia no uso da informática, facilitando contactos sociais (mesmo à distância) e tempos livres mais agradáveis e sociáveis.	Atividades duas vezes por semana (2h). Cursos de dois a três meses. Setembro a dezembro e janeiro a março.
	População do concelho com 65+ anos e reformada/pensionista (276 inscritos)	Atividades lúdico-desportivas que visam promover o bem-estar e saúde. Inclui ginástica desportiva, ginástica terapêutica e hidroginástica.	Ginástica uma vez por semana; hidroginástica duas vezes por semana (1h cada). Todo o ano, exceto agosto.
	Toda a população do concelho (85 inscritos)	Atividades recreativas e sociais (ex.: restauro, pintura, costura). Visa promover o convívio e intergeracionalidade e reduzir o isolamento social.	Atividades uma vez por semana (3h), de janeiro a dezembro com pausa em meados de julho e agosto.
	População do concelho, adultos e seniores (55 inscritos)	Projeto que promove a literacia por meio de oficinas de alfabetização. Em 2017, dá origem ao <i>Teelas Prá Vida</i> (literacia digital). Visam promover competências, inclusão social e autoestima.	<i>Teelas Prá Vida</i> uma vez por semana (2h) <i>Letras Prá Vida</i> uma vez por semana, de outubro a dezembro e de março a junho.

A recolha de dados foi levada a cabo por investigadores e bolsiros de investigação ($n=9$) com a colaboração de estudantes finalistas da Licenciatura e do Mestrado em Gerontologia Social ($n=9$) das três Instituições de Ensino Superior envolvidas no projeto, sendo que toda a equipa teve treinamento prévio. O protocolo de recolha de dados foi administrado em locais previamente acordados (instituições de ensino superior e estruturas associativas da comunidade), entre março e abril de 2018.

Em termos de estratégias de análise, procedeu-se a uma análise descritiva dos dados com vista à caracterização sociodemográfica dos participantes e variáveis em estudo. Partindo de uma primeira análise descritiva das atividades levadas a cabo nos PIC, obtiveram-se três tipos: (1) atividades sociorrecreativas (baile, cinema, oficinas/*workshops* e teatro); (2) atividades educativas/aprendizagem ao longo da vida (ALV) (jardim plantas aromáticas e medicinais, alfabetização e informática); e (3) atividade física (ginástica localizada e hidroginástica). As relações entre características sociodemográficas e envolvimento em diferentes tipos de atividade foram exploradas por meio de testes Qui-quadrado. Com vista a testar os efeitos da participação em PIC na qualidade de vida, efetuaram-se análises comparativas com o teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas. Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida e bem-estar dos participantes em PIC, segundo a prática de diferentes tipos de atividades, foram realizados testes *t* de *Student* para amostras independentes, fixando os grupos prática *vs.* não prática determinado tipo de atividade.

No que se refere a aspetos éticos, o presente estudo foi analisado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo que emitiu parecer favorável. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos e condições de participação no estudo, tendo assinado o respectivo Termo de Consentimento Livre e Informado.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 304 participantes a frequentar PIC, dos quais 104 residiam em Viana do Castelo, 100 em Bragança e 100 em Coimbra/

Condeixa, em Portugal, estando essas subamostras divididas em dois grupos: o grupo de intervenção (GI) e o grupo de comparação (GC).

Conforme se observa na Tabela 1, os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (75,0%) e do grupo etário 65-74 anos (63,2%). Todavia, no GI as idades estão compreendidas entre 60 e 84 anos [média=71,4 ($\pm 5,4$)], enquanto no GC se situam entre 55 e 84 anos [média=71,6 ($\pm 6,1$)].

Em ambos os grupos, os participantes eram predominantemente casados (GI=64,5%; GC=69,7%); com escolaridade entre o 1º e o 4º anos (GI=70,4%; GC=67,1%); eram reformados (GI=92,5%; GC=86,4%); com filhos (GI=92,6%; GC=93,4%) e viviam com o cônjuge (GI=61,8%; GC=68,5%).

Quanto à atividade profissional ao longo da vida, utilizando a classificação das atividades económicas, observa-se elevada frequência de trabalhadores do setor terciário, isto é, que trabalharam nos serviços (GI=48,0%; GC=45,4%). Do ponto de vista económico, e considerando que cerca de dois terços dos participantes viviam acompanhados, observa-se que os rendimentos do agregado familiar eram reduzidos já que cerca de metade de ambos os grupos auferiam até 750€ mensais (GI=47,7%; GC=46,9%).

Relativamente à qualidade de vida e participação em PIC, foram analisados PIC em três localidades: Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa. A atuação autárquica na promoção da qualidade de vida da população assume uma configuração diferenciada consoante os territórios, em termos de intervenção e de funcionamento. Por exemplo, no município de Bragança, o principal foco das medidas de política autárquica é a atividade física, enquanto em Coimbra/Condeixa e em Viana do Castelo a intervenção autárquica é mais heterogénea, envolvendo também atividades de natureza socio-recreativa e educativa/ALV.

Uma análise comparativa da qualidade de vida em função do grupo de intervenção *vs.* grupo de comparação (Tabela 2), demonstra que os participantes dos PIC (GI) apresentaram melhor qualidade de vida no domínio *físico* ($p<0,03$) do que os não participantes (GC).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Características sociodemográficas	GI (n=152) n (%)	GC (n=152) n (%)	<i>p</i>
Idade - média (desvio-padrão)	71,4 (±5,4)	71,6 (±6,1)	0,624
55-64	12 (7,9)	12 (7,9)	
65-74	96 (63,2)	96 (63,2)	
75-84	44 (28,9)	44 (28,9)	
Sexo			1
Mulheres	114 (75,0)	114 (75,0)	
Homens	38 (25,0)	38 (25,0)	
Estado Civil			0,566
Solteiro	7 (4,6)	5 (3,3)	
Casado(a)/União de facto	98 (64,5)	106 (69,7)	
Separado(a)/Divorciado(a)	8 (5,3)	4 (2,6)	
Viúvo(a)	39 (25,7)	37 (24,3)	
Escolaridade (anos)			0,197
Sem escolaridade	2 (1,3)	5 (3,3)	
1º-4º	107 (70,4)	102 (67,1)	
5º-6º	16 (10,5)	7 (4,6)	
7º-9º	7 (4,6)	13 (8,6)	
10º-12º	13 (8,6)	17 (11,2)	
Ensino superior	7 (4,6)	8 (5,3)	
Situação Profissional			0,002
Empregado	4 (2,7)	18 (12,2)	
Desempregado	7 (4,8)	2 (1,4)	
Reformado	136 (92,5)	127 (86,4)	
Setor de Atividade			0,649
Primário	25 (16,4)	23 (15,1)	
Secundário	35 (23,0)	33 (21,7)	
Terciário	73 (48,0)	69 (45,4)	
Domésticas	19 (12,5)	27 (17,8)	
Rendimento Mensal			0,056
Inferior a 250€	7 (4,6)	3 (2,0)	
De 250€ a 420€	25 (16,6)	23 (15,4)	
De 421€ a 750€	40 (26,5)	44 (29,5)	
De 751€ a 1000€	37 (24,5)	25 (16,8)	
De 1001 a 2000€	32 (21,2)	29 (19,5)	
Superior a 2000€	10 (6,6)	25 (16,8)	
Vive com			0,208
Cônjuge	94 (61,8)	104 (68,5)	
Sozinho	42 (27,6)	29 (19,1)	
Outros	16 (10,5)	19 (12,5)	
Filhos	138 (92,6)	142 (93,4)	0,784

GI: grupo de intervenção; GC: grupo de comparação.

Tabela 2. Comparação da qualidade de vida entre o grupo que participa em programas de intervenção comunitária (GI) vs. grupo de comparação (GC). Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

WHOQOL-Bref	GI Média (\pm dp)	GC Média (\pm dp)	Dif. Média (\pm dp)	<i>t</i>	<i>p</i>
QV Geral	63,8 (\pm 15,8)	62,7 (\pm 19,3)	1,2 (\pm 25,9)	0,549	0,584
Domínio Físico	67,5 (\pm 15,4)	63,5 (\pm 16,6)	4,1 (\pm 22,0)	2,278	0,024
Domínio Psicológico	71,0 (\pm 15,2)	70,3 (\pm 13,6)	0,4 (\pm 20,3)	0,417	0,677
Domínio Relações Sociais	67,5 (\pm 16,6)	69,5 (\pm 15,4)	-2,0 (\pm 22,9)	-1,091	0,277
Domínio Ambiente	68,8 (\pm 14,2)	67,4 (\pm 14,8)	1,4 (\pm 17,4)	1,007	0,315

Teste *t* de Student para amostras emparelhadas; dp: desvio-padrão; QV: qualidade de vida; Dif. Média: Diferença de médias.

Nos restantes domínios da qualidade de vida, observa-se ainda uma tendência para valores médios superiores no grupo de intervenção.

No que diz respeito aos aspetos da participação social no grupo de intervenção, como se observa na Tabela 3, atendendo aos três territórios sob investigação, a ginástica localizada (67,1%) e a hidroginástica (53,3%) foram as atividades realizadas por mais participantes no âmbito dos PIC. Em média, cada indivíduo realizava 1,9 (\pm 1) atividades, sendo que 63,8% realizavam mais que uma. Relativamente à motivação para participar, a manutenção da saúde foi o motivo mais referido pelos inquiridos (66,4%), seguindo-se a ocupação do tempo (44,7%) e a oportunidade para conhecer pessoas novas (36,2%).

Em termos de presença nas atividades, quase todos os participantes (96,7%) se consideraram assíduos. Em média, os PIC eram frequentados há 51,6 meses (aproximadamente quatro anos),

observando-se, contudo, uma grande dispersão dos resultados a este nível (\pm 45,3 meses). Grande parte dos participantes tinha vindo a frequentar os referidos programas por um período de mais de um ano e menos de cinco anos (50,7%).

Atendendo à natureza das atividades no âmbito dos PIC, observa-se que há um maior número de pessoas que praticava atividade física, em comparação com atividades sociorrecreativas e educativas/ALV. Note-se que, ainda que sob diferentes designações, a atividade física figura nos programas das três localidades sob investigação. É de salientar também que, nas atividades sociorrecreativas, existe uma percentagem significativamente superior de mulheres ($p < 0,05$) (Tabela 4).

No que à qualidade de vida diz respeito, e considerando praticantes e não praticantes para cada tipo de atividade, a atividade física é a mais diferenciadora (Tabela 5).

Tabela 3. Descrição das atividades, motivações e assiduidade nos programas de intervenção comunitária (n=152). Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Aspetos da participação em PIC	Participantes n (%)
Atividades realizadas	
Sociorrecreativas	
Baile	23 (15,1)
Cinema	4 (2,6)
Oficinas/ <i>workshops</i>	19 (12,5)
Teatro	8 (5,3)
Educação/ALV	
Jardim Plantas Aromáticas e Medicinais	14 (9,2)
Alfabetização	1 (0,7)
Informática	18 (11,8)
Atividade Física	
Ginástica	102 (67,1)
Hidroginástica	81 (53,3)
Motivações para participar	
Ocupar o tempo	68 (44,7)
Conhecer pessoas novas	55 (36,2)
Manter a saúde	101 (66,4)
Praticar atividade física	47 (30,9)
Participar em atividades de que gosta	46 (30,3)
Assiduidade	
Tempo de frequência em PIC (anos)	147 (96,7)
Até 1	35 (23,0)
Mais de 1 até 5	77 (50,7)
Mais de 5 até 10	32 (21,1)
Mais de 10	8 (5,3)

ALV: aprendizagem ao longo da vida.

Tabela 4. Participação em atividades dos programas de intervenção comunitária segundo características sociodemográficas. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Características sociodemográficas	Atividades Sociorrecreativas (n=25; 16,4%)	Atividades de Educação/ALV (n=46; 30,3%)	Atividade Física (n=119; 78,3%)
Sexo			
Feminino	92,0%	80,4%	75,6%
Masculino	8,0%	19,6%	24,4%
<i>p</i>	<0,05	0,415	0,821
Grupo Etário (anos)			
55-64	0,0%	6,5%	8,4%
65-74	56,0%	63,0%	63,0%
75-84	44,0%	30,5%	28,6%
<i>p</i>	0,084	0,901	0,901

continua

Continuação da Tabela 4

Características sociodemográficas	Atividades Sociorrecreativas (n=25; 16,4%)	Atividades de Educação/ALV (n=46; 30,3%)	Atividade Física (n=119; 78,3%)
Estado Civil			
Casados/União de facto	48,0%	58,7%	65,5%
Não casados	52,0%	41,3%	34,5%
<i>p</i>	0,070	0,359	0,682
Anos de Escolaridade			
Até 4 anos	80,0%	78,3%	68,1%
5 ou mais anos	20,0%	21,7%	31,9%
<i>p</i>	0,340	0,178	0,521
Situação Profissional			
Reformado	4,0%	4,5%	8,7%
Não reformado	96,0%	95,5%	91,3%
<i>p</i>	0,691	0,506	0,457
Tem Filhos?			
Sim	95,5%	95,3%	92,4%
<i>p</i>	1,000	0,512	1,000
Vive Com Outras Pessoas			
Sim	64,0%	69,6%	74,6%
<i>p</i>	0,332	0,694	0,271
Rendimento Mensal			
Até 750€	40,0%	52,2%	46,2%
Mais de 750€	60,0%	47,8%	53,8%
<i>p</i>	0,513	0,482	0,694
Religião (considera-se pessoa religiosa)			
Sim	100,0%	100,0%	95,5%
<i>p</i>	0,600	0,102	1,000

Testes Qui-quadrado.

Tabela 5. Qualidade de vida e bem-estar segundo a prática de diferentes tipos de atividade em programas de intervenção comunitária. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

	Atividades Sociorrecreativas		<i>p</i>	Atividades Educativas/ALV		<i>p</i>	Atividade Física		<i>p</i>
	Prática n=25 M (±dp)	Não Prática n=127 M (±dp)		Prática n=46 M (±dp)	Não Prática n=106 M (±dp)		Prática n=119 M (±dp)	Não Prática n=33 M (±dp)	
WHOQOL-Bref									
QV Geral	64,3 (±13,9)	60,0 (±16,2)	0,094	62,8 (±13,6)	64,0 (±16,9)	0,655	63,2 (±16,2)	65,2 (±14,9)	0,542
D.Físico	66,3 (±15,3)	67,7 (±15,4)	0,660	68,1 (±12,9)	67,3 (±16,3)	0,768	67,8 (±15,8)	66,6 (±14,0)	0,683
D.Psicológico	72,3 (±8,4)	70,8 (±16,2)	0,482	67,7 (±15,2)	72,5 (±15,1)	0,075	72,3 (±14,4)	66,4 (±17,2)	<0,05
D.Rel. Sociais	68,3 (±13,2)	67,3 (±17,2)	0,781	64,1 (±14,5)	68,9 (±17,2)	0,099	69,3 (±16,4)	61,1 (±15,5)	<0,05
D.Ambiente	68,5 (±11,2)	68,8 (±14,7)	0,911	65,8 (±12,8)	70,1 (±14,6)	0,082	70,3 (±14,2)	63,5 (±12,9)	<0,05
SV	26,9 (±5,2)	25,6 (±6,4)	0,352	24,8 (±6,4)	26,3 (±6,2)	0,179	26,7 (±5,8)	22,7 (±6,9)	<0,05

Teste *t* de Student para amostras independentes; M: média; dp: desvio-padrão; QV: qualidade de vida; SV: satisfação com a vida.

A análise permite observar diferenças estatisticamente significativas em função da prática de atividade física nos participantes do PIC, sendo que os praticantes deste tipo de atividade apresentam melhor qualidade de vida nos domínios *psicológico, relações sociais e meio ambiente* ($p < 0,05$), assim como melhor satisfação com a vida ($p < 0,05$) do que os não praticantes.

DISCUSSÃO

Os participantes dos PIC apresentam valores significativamente mais elevados de qualidade de vida no domínio *físico* do que os não participantes. Mais ainda, observa-se, no grupo que participa nos PIC, uma tendência para apresentar valores médios superiores em outros domínios da qualidade de vida (geral, psicológico, ambiente) comparativamente com os valores médios do grupo que não participa.

Esses resultados estão em linha com o estudo de Costa et al.²⁸ em que pessoas idosas frequentadoras de programas públicos de exercício físico apresentaram melhor qualidade de vida do que as que não frequentavam em todos os domínios do WHOQOL-Bref e do WHOQOL-Old. Também Ferreti et al.²⁷ apontam conclusões semelhantes. Por sua vez, Ribeiro et al.³³ constataram que, em contexto urbano, idosos fisicamente ativos apresentavam melhor qualidade de vida do que os insuficientemente ativos/sedentários. Já em contexto rural, não encontraram essa diferença, mas observaram o predomínio de pessoas ativas e níveis de qualidade de vida superiores aos do meio urbano, salientando que em meio rural as pessoas mais velhas beneficiam da continuidade das tarefas ligadas à agricultura e de mais oportunidades de convívio.

A atividade física deve, portanto, ser encarada em sentido lato, pois para além do exercício físico, envolve a estruturação da rotina e é praticada em interação social, transformando-se numa atividade de socialização. Costa et al.²⁸ sublinham que a participação em atividades grupais, mesmo quando direcionadas para a atividade física, pode favorecer relacionamentos sociais, novos laços afetivos e sentimentos de inclusão significativa na vida comunitária. Os resultados remetem também para

o modelo PPC em que a promoção da saúde (ex., atividade física) e o suporte social disponível surgem como aspetos favorecedores da qualidade de vida⁸⁻¹⁰.

Relativamente aos PIC, observou-se diversidade nas iniciativas disponibilizadas à população pelas autarquias, nomeadamente: atividades recreativas/culturais, atividades lúdico-desportivas, oficinas informáticas e oficinas de alfabetização, entre outras. Variam também em termos de frequência, intensidade, dispersão no território e funcionamento. Em termos de objetivos, parece haver uniformização, destacando-se: (1) promover o EA, saúde, qualidade de vida e bem-estar; e (2) contribuir para a participação na vida comunitária e inclusão social. Em linha com o estudo de Bárrios e Fernandes¹, apenas um dos nove PIC em análise tem como população-alvo toda a população do concelho, sendo que os restantes a circunscrevem a critérios como idade e/ou condição de reformado/pensionista. Esses resultados vão no sentido de revisões sistemáticas, em que se observou que as intervenções centradas no EA são diversas e eficazes na promoção da qualidade de vida³⁴.

Quanto ao perfil dos participantes dos PIC, observou-se predomínio de mulheres e grupo etário dos 65-74 anos, o que vai ao encontro de Neri e Vieira³⁵, que verificaram que ser mulher e ter entre 65 e 69 anos está associado a maior envolvimento social. É de salientar que alguns dos participantes estão envolvidos nessas ações há bastante tempo, quase todos se consideram assíduos e a maioria pratica mais do que uma atividade. Assim, para algumas pessoas, os PIC implicam compromisso e real envolvimento, constituindo um aspeto importante do seu quotidiano. A adesão continuada às intervenções é considerada um fator importante para a eficácia de programas³⁴.

Das atividades realizadas em PIC, a ginástica localizada (ex., trabalho de força muscular, equilíbrio) e a hidroginástica são as mais frequentadas, o que reflete a predominância e abrangência das intervenções voltadas para a atividade física nos territórios sob investigação. Note-se que manter a saúde foi o motivo mais invocado para participar em PIC, seguido da ocupação do tempo e estabelecimento de novos laços sociais. Assim, em linha com a literatura e os

objetivos estabelecidos nos PIC, os participantes parecem conceber o envolvimento nessas atividades como gerador de benefícios na qualidade de vida. Numa revisão crítica, Adams et al.²⁶ observaram que a participação social influencia o bem-estar, podendo fazê-lo por diversas vias. Nos participantes dos PIC, uma análise específica do tipo de atividades praticadas mostra diferenças significativas entre praticantes e não praticantes de atividade física, sendo que os praticantes apresentam valores significativamente superiores de satisfação com a vida e qualidade de vida (domínios psicológico, relações sociais e ambiente). Isto significa que os praticantes de atividade física têm melhor qualidade de vida do que os praticantes de outros tipos de atividades. Se tomarmos como referência o modelo de Rowe e Kahn³, efetivamente o envelhecimento bem-sucedido, ao ser multifacetado, pode ser ativado a partir de diferentes componentes. Os resultados desse estudo apontam para a relevância do sistema biofísico, mas é importante ter em conta que o corpo não está desligado dos aspetos psicossociais, como referido.

Apesar desses achados, o presente estudo apresenta algumas limitações. Contrariamente ao planejado, não foi possível aceder a listas atualizadas dos participantes dos PIC. Por outro lado, muito embora apenas se tenha estabelecido como critérios de emparelhamento da amostra o grupo etário e o sexo constata-se que, quer no grupo de intervenção, quer no grupo de comparação, as características sociodemográficas são muito similares, como por exemplo, o predomínio de um nível de escolaridade baixo e de rendimentos mensais reduzidos.

Por conseguinte, na prossecução desse estudo, recomenda-se incluir novos grupos amostrais com atributos mais diferenciados em termos de sexo estatuto socioeconómico e envolvimento social (ex., universidade sénior). Tal como salientam Adams et al.²⁶, uma melhor compreensão dos efeitos da participação social no bem-estar requer considerar dimensões como o significado, contexto e exigência das atividades. Esses aspetos foram abordados nesse estudo, nomeadamente na identificação das motivações

e duração do envolvimento nos programas, mas é necessário ir mais além. Além disso, importa efetuar uma análise aprofundada da experiência subjetiva do processo de envelhecimento, recorrendo a métodos qualitativos (prevista no presente estudo), assim como uma análise evolutiva do impacto da participação social no processo de envelhecer com qualidade por meio de estudos longitudinais.

CONCLUSÃO

A participação em programas públicos de intervenção comunitária favorece a qualidade de vida, pois as pessoas que participam apresentam melhor qualidade de vida no domínio *físico* do que os não participantes e, dentre aquelas pessoas, as que praticam atividade física apresentam resultados superiores nos domínios *físico, psicológico, relações sociais e ambiente*. Assim, para promover a qualidade de vida da população, recomenda-se implementar programas de intervenção comunitária, em particular envolvendo atividade física. Os resultados apontam ainda para uma menor participação dos homens, dos mais velhos e dos grupos com estatuto socioeconómico mais elevado nesses programas, aspetos que investigadores e decisores políticos devem ter em consideração, tanto mais que o impacto da participação social na qualidade de vida tende a intensificar-se com a idade^{22,25}. Uma visão do envelhecimento como processo ao longo da vida, com ganhos e perdas, implica pensar a longevidade na ação conjunta, ou seja, na vida coletiva.

AGRADECIMENTOS

A equipa do projeto AgeNortC agradece às Câmaras Municipais e pessoas que participaram neste estudo. Os nossos agradecimentos estendem-se ainda à Dra. Liliana Parente, pela disponibilidade e colaboração na recolha de dados.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Bárrios MJ, Fernandes AF. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Rev Port Saúde Pública*. 2014;32(2):188-96.
2. Bastos AM, Faria CG, Moreira E, Morais D, Melo de Carvalho JM, Paúl. The importance of neighborhood ecological assets in community dwelling old people aging outcomes: a study in Northern Portugal. *Front Aging Neurosci*. 2015;7:1-8.
3. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
4. Rowe JW, Kahn RL. *Successful Aging*. Nova Iorque: Dell Publishing; 1998.
5. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70(4):593-6.
6. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editores. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
7. Baltes PB, Lindenberger U, Staundinger UM. Life span theory in developmental psychology. In: Lerner RM, Damon W, editores. *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*. Hoboken: John Wiley; 2006. p. 569-664.
8. Kahana E, Kahana B. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In: Bengtson VL, editor. *Adulthood and aging: research on continuities and discontinuities* [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 1996 [acesso em 14 jan. 2019]. p. 18-40. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232522002_Conceptual_and_empirical_advances_in_understanding_aging_well_through_proactive_adaptation
9. Kahana E, Kahana B. Contextualizing successful aging: new directions in an age-old search. In: Settersten RA, editor. *Invitation to the life-course: a new look at old age* [Internet]. New York: Baywood Publishing Company; 2003 [acesso em 14 jan. 2019]. p. 225-255. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284482244_Contextualizing_successful_aging_New_directions_in_an_age-old_search
10. Kahana E, Kahana B, Lee J. Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*. 2014;60(5):466-74.
11. Lee JE, Kahana B, Kahana E. Successful aging from the viewpoint of older adults: development of a brief Successful Aging Inventory (SAI). *Gerontology*. 2017;63(4):359-71.
12. World Health Organization. Active ageing: a policy framework [Internet]. Genebra: WHO; 2002 [acesso em 18 jan. 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
13. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015 [acesso em 18 jan. 2019]. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf
14. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2141-9.
15. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their association with health. *Aust Health Rev*. 2017;41(4):455-62.
16. Scharlach AE, Lehning AJ. *Creating aging-friendly communities*. New York: Oxford University Press; 2016.
17. Whoqol Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994;23(3):24-56.
18. Park HK, Chun SY, Choi Y, Lee SY, Kim SJ, Park E. Effects of social activity on health-related quality of life according to age and gender: an observational study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(140):1-9.
19. He Q, Cui Y, Liang L, Zhong Q, Li J, Li Y, et al. Social participation, willingness and quality of life: a population-based study among older adults in rural areas of China. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(10):1593-1602.
20. Oliveira DA, Nascimento Júnior JRA, Bertolini SM, Oliveira DV. Participation of elderly in social groups: quality of life and functional capacity. *Rev Rene*. 2016;17(2):278-84.
21. Santos LF, Oliveira LM, Barbosa MA, Minamisava R, Souza BN, Nunes DP. Participação em grupo como recurso para promoção da saúde e qualidade de vida entre idosos. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(2): e17868 [12 p.].

22. Choi Y, Kwang-Sig L, Shin J, Kwon J, Park E. Effects of a change in social activity on quality of life among middle-aged and elderly Koreans: analysis of the Korean longitudinal study of aging (2006-2012). *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(1):132-41.
23. Hajek A, Brettschneider C, Mallon T, Enrst A, Mamone S, Wiese B, et al. The impact of social engagement on health-related quality of life and depressive symptoms in old age: evidence from a multicenter prospective cohort study in Germany. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):1-8.
24. Michèle J, Guillaume M, Alain T, Nathalie B, Claude F, Kamel G. Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults: a longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2017:1-7.
25. Nimrod G, Shrira A. The paradox of leisure in late life. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(1):106-11.
26. Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing Soc*. 2011;31(4):683-712.
27. Ferretti F, Beskow GC, Slaviero RC, Ribeiro CG. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estud Interdiscipl Envelhec [Internet]*. 2015 [acesso em 29 jan. 2019];20(3):729-43. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41384>
28. Costa FR, Rodrigues FM, Prudente CO, Souza IF. Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(1):24-31.
29. Albuquerque AP, Borges-Silva F, Borges A, Pereira A, Dantas E. Physical activity: relationship to quality of life and memory in older people. *Sci Sports*. 2017;32(5):259-65.
30. Dias G, Mendes R, Serra e Silva P, Branquinho MA. Envelhecimento activo e actividade física. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra; 2014.
31. Canavarro MC, Simões MR, Vaz Serra A, Pereira M, Rijo D, Quartilho MJ, et al. WHOQOL-Bref: instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In: Simões M, Machado C, Gonçalves M, Almeida L, editores. *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*. vol. 3. Coimbra: Quarteto Editora; 2007. p. 77-100.
32. Neto F, Barros J, Barros A. Satisfação com a vida. In: Almeida S, Santiago R, Silva P, Oliveira L, Caetano O, Marques, editores. *A acção educativa: análise psico-social*. Leiria: ESEL/APPORT; 1990. p. 91-100.
33. Ribeiro CG, Ferretti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):330-39.
34. Menichetti J, Cipresso P, Bussolin D, Graffigna G. Engaging older people in healthy and active lifestyles: a systematic review. *Ageing Soc*. 2016;36(10):2036-60.
35. Neri AL, Vieira LA. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):419-32.



Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados

Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors

Priscila Karolline Rodrigues Cruz¹ 
Maria Aparecida Vieira² 
Jair Almeida Carneiro^{3,4} 
Fernanda Marques da Costa^{2,3,4} 
Antônio Prates Caldeira^{4,5} 

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e descrever os fatores associados às dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados. **Método:** Estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional, entre idosos comunitários, em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos entre novembro de 2016 a fevereiro de 2017. Avaliou-se características demográficas, socioeconômicas, variáveis relacionadas aos cuidados de saúde e ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Foram efetuadas análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson) adotando-se nível de significância menor que 0,20 para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão de *Poisson*, com variância robusta, e as variáveis mantidas apresentaram associação com dificuldade de acesso aos serviços de saúde até o nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$). **Resultados:** Participaram deste estudo 394 idosos, 33% referiram dificuldades de acesso. Verificou-se, na análise múltipla, maior dificuldade de acesso entre os idosos sem companheiro; sem leitura; com autopercepção negativa de saúde e frágeis. Os idosos enfrentaram maiores dificuldades no acesso quando procuraram por serviços públicos. **Conclusão:** Estimou-se alta percepção de dificuldade de acesso, determinada por aspectos sociais e físicos inerentes ao envelhecimento, que podem ser potencializadas por características dos serviços públicos. Evidencia-se necessidade de investimentos na assistência à saúde do idoso, de forma a garantir a assistência e promover um envelhecer com saúde.

Palavras-chaves: Serviços de Saúde. Assistência a Idosos. Acesso aos Serviços de Saúde. Prevalência. Enfermagem em Saúde Comunitária.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

³ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Montes Claros, MG, Brasil.

⁴ Centro Universitário FIPMoc de Montes Claros, Departamento de Medicina. Montes Claros, MG, Brasil.

⁵ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Montes Claros, MG, Brasil

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Priscila Karolline Rodrigues Cruz
karolline_rcruz@yahoo.com.br

Recebido: 04/06/2019
Aprovado: 01/11/2019

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with the difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults in the town of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **Method:** A cross-sectional study nested in a population-based cohort of community-dwelling older adults was carried out in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Data collection was performed in the homes of the older adults between November 2016 and February 2017. Demographic, socioeconomic, and health-related variables and access to and use of health services were evaluated. Bivariate analyzes (Pearson's chi-squared test) were conducted, adopting a level of significance lower than 0.20 for inclusion of the independent variables in the multiple model. The final model was generated by Poisson regression analysis, with robust variance, and the variables maintained were associated with difficulty in using the health services up to a level of significance of 0.05 ($p < 0.05$). **Results:** 394 older adults participated in this study, 33% of whom reported difficulties with access. In multiple analysis, greater difficulty of access was registered among older adults without a partner; who could not read; were frail and had a negative self-perception of health. Older adults face greater difficulties with access when seeking public services. **Conclusion:** A high perception of difficulty with access was identified, determined by social and physical aspects inherent to aging, and which may be worsened by the characteristics of public services. There is a need for investments in the health care of older adults, in order to guarantee care that promotes healthy aging.

Keywords: Health Services. Old Age Assistance. Health Services Accessibility. Prevalence. Community Health Nursing.

INTRODUÇÃO

Mudanças nos padrões demográficos e acentuada longevidade são tendências que tem redesenhado a estrutura etária da população no mundo e no Brasil^{1,2}. Esse cenário exige modificações na estrutura e oferta de serviços fundamentais que tenham padrões mínimos de qualidade e permitam ao idoso não somente viver por mais tempo, mas viver de forma ativa e saudável^{2,3}.

Com base nesse paradigma do envelhecer saudável surge a necessidade de adaptações do sistema de saúde para garantir qualidade de acesso e utilização dos serviços de saúde. As adequações indicam reformulação de políticas de saúde que contemplem novas formas de cuidado, pautadas na melhoria na qualidade de vida, manutenção da habilidade funcional e prevenção às condições crônicas em saúde². Faz-se necessário modelos de atenção que respeitem as características dos idosos e que vislumbrem o atendimento integral ao longo do percurso assistencial⁴.

O acesso aos serviços de saúde representa um importante aspecto que fundamenta a qualidade e desempenho adequado dos serviços de saúde⁵.

Acesso é um conjunto de dimensões que determinam a relação entre a procura e a entrada no serviço⁶. A utilização de serviços de saúde compreende todo contato direto com os pontos assistenciais e é a evidência de que o acesso foi alcançado⁶.

A relação do envelhecimento e acesso pode representar uma situação preocupante. Características inerentes ao envelhecimento apresentam, como consequência, menor disposição física do idoso em procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção⁷. Outros fatores, como variações geográficas; socioeconômicas; necessidades individuais; qualidade de vida; nível de conhecimento sobre saúde, associados ao perfil de morbidade são determinantes na utilização de serviços de saúde e de sua frequência e, portanto, podem determinar dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a população idosa⁸.

As dificuldades do acesso aos serviços de saúde vão muito além do aspecto geográfico, e se relacionam, principalmente, à baixa oferta de serviços⁹. Além disso, devem ser considerados os aspectos organizacionais; econômicos; sociais; culturais; religiosos; epidemiológicos e de comunicação com as equipes de saúde^{9,10}.

De modo geral, ainda há lacunas no conhecimento sobre acesso e utilização de serviços de saúde. Os estudos, em sua maioria, são pautados na demanda de pessoas que estão presentes nos serviços, nas características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência¹¹. Estudos realizados com usuários presentes nos serviços de saúde excluem aqueles que não procuram atendimento e comprometem o conhecimento em nível populacional¹¹. Portanto, justifica-se a realização de estudos de base populacional. Além disso, percebe-se que não há uniformidade no processo de análise da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que representa um obstáculo para investigação comparativa da literatura e destaca a necessidade de mais estudos na área¹².

Estimar a prevalência e identificar os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde salienta o real contexto do acesso da população idosa e contribui para sensibilizar, com dados fidedignos, gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade de adaptações, intervenções, conhecimento e planejamento de políticas públicas a fim de promover ampliação do acesso, acolhimento, atendimento resolutivos para o envelhecer com qualidade¹².

Em relação aos profissionais de saúde este estudo pode despertar para a necessidade de treinamentos e mudanças na organização do processo de trabalho, para proporcionar aos idosos acesso aos serviços de saúde com qualidade. A fragilidade, morbidade e demais determinantes são barreiras para o acesso em saúde e reconhecê-los é importante para os profissionais atuarem nos serviços, na família, no acolhimento e no atendimento integral aos idosos⁸.

É relevante, ainda, destacar que o norte do Estado de Minas Gerais, onde está situado o cenário deste estudo, configura uma das regiões mais carentes do país e apresenta índices de desenvolvimento humano entre os mais baixos desse Estado e, portanto, carece de pesquisas relacionadas a assistência de saúde aos idosos, incluindo a avaliação de possíveis dificuldades de acesso e seus determinantes¹³. Neste contexto, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência e identificar os fatores associados às dificuldades do acesso aos serviços de saúde

entre idosos não institucionalizados do município de Montes Claros, MG, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional, realizado no município de Montes Claros, norte do Estado de Minas Gerais, Brasil, com população de, aproximadamente, 404 mil habitantes e representa o principal polo urbano regional¹⁴.

O tamanho da amostra na linha de base foi calculado para estimar a prevalência de cada desfecho em saúde investigado no inquérito epidemiológico, considerando uma população estimada de 30.790 idosos (13.127 homens e 17.663 mulheres), residentes na região urbana, segundo dados do censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); nível de confiança de 95%; prevalência conservadora de 50% para os desfechos desconhecidos e erro amostral de 5%. Por tratar-se de amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção e efeito de delineamento (deff) de 1,5%, e acrescido de 15% para eventuais perdas. O número mínimo de idosos definido pelo cálculo amostral foi de 360 pessoas (linha de base).

O processo de amostragem na linha de base foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário. Foram selecionados aleatoriamente 42 setores censitários, entre os 362 setores urbanos do município, segundo dados do IBGE¹⁴. No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios de acordo com a densidade populacional de indivíduos, com idade igual ou maior que 60 anos. Nesta etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa da população. Após sorteio dos domicílios verificavam-se se a casa sorteada possuía idosos, caso não, avaliavam-se o domicílio à direita ou à esquerda havia o público referido para a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2016 a fevereiro de 2017. Foram considerados critérios de inclusão no estudo ter idade

igual ou maior que 60 anos. Foram consideradas perdidas os idosos não disponíveis para participação em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio, bem como idosos cujos cuidadores/familiares recusaram a participação no estudo.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado em estudos similares, de base populacional^{15,16}. A dimensão do acesso, especificamente, foi adaptada do inquérito Vigitel de 2010¹⁷, do Ministério da Saúde, e foi previamente testado, nesta investigação, em estudo piloto em um setor censitário especialmente sorteado e cujos dados não foram incluídos na pesquisa final. O processo de preenchimento, de verificação de coerência dos dados e controle de qualidade, bem como o arquivamento das informações foi coordenado pelo investigador principal.

Os entrevistadores (estudantes de graduação em Enfermagem e Medicina) foram previamente treinados e calibrados, para tanto foi utilizada a medida de concordância Kappa (0,8). Para a coleta de dados percorreram-se os setores censitários a partir de um ponto previamente definido em cada setor censitário para realizarem as entrevistas. As perguntas do questionário foram respondidas com o auxílio de familiares ou acompanhantes para os idosos incapazes de responder, seguindo orientações dos instrumentos de coleta de dados.

Foram avaliadas as características demográficas; sociais e econômicas do grupo; além das variáveis relacionadas aos cuidados de saúde e ao acesso e utilização dos serviços de saúde. A fragilidade foi avaliada por meio da escala *Edmonton Frail Scale* (EFS)¹⁸. Avaliou-se, ainda, a percepção de dificuldade para utilização do serviço de saúde mais procurado, por meio da questão “O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para usar seu principal serviço de saúde, quando necessário?”. A resposta a essa questão foi tomada como variável dependente e foi dicotomizada em sim ou não.

As variáveis independentes estudadas foram as Demográficas: sexo (masculino e feminino), faixa etária (dicotomizada até 79 anos e igual ou maior de 80 anos, devido uma piora da fragilidade em tal faixa etária). Sociais: situação conjugal (com ou sem companheiro), condição de residir sozinho

ou com outras pessoas, escolaridade (até 4 nos de estudo ou mais que 4 anos), leitura (saber ler ou não). Econômicas: renda própria, renda familiar mensal (até 1 salário mínimo ou maior de 1 salário). Clínicas: presença de comorbidades crônicas (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, infarto agudo do miocárdio, doenças osteoarticulares, neoplasia, acidente vascular encefálico). Autopercepção da saúde, presença de cuidador, queda nos últimos 12 meses, internação nos últimos 12 meses, fragilidade. Relativas ao acesso: dificuldades de transporte, dificuldades financeiras, ausência de companhia, serviços ruins, barreiras geográficas e arquitetônicas, além do tempo necessário para se chegar ao serviço de saúde. Possuir plano de saúde, principal tipo de serviço procurado (público ou privado), tipos de serviço em que encontrou mais dificuldade de acesso: pronto atendimento (PA) particular, PA SUS, centro de especialidades e unidade básica da Estratégia Saúde da Família (ESF),

A fragilidade foi avaliada por meio da escala *Edmonton Frail Scale* (EFS)¹⁸, instrumento que avalia nove domínios: cognição; estado de saúde; independência funcional; suporte social; uso de medicação; nutrição; humor; continência urinária e desempenho funcional. Esses domínios estão distribuídos em 11 itens, com pontuação de 0 a 17. Para a análise estatística, os resultados da escala foram divididos em dois níveis: sem fragilidade (escore final ≤ 6) e com fragilidade (escore > 6).

A análise dos resultados envolveu a construção de uma planilha eletrônica no programa Excel®, para organização e dupla digitação com realização da conferência e comparação das digitações. As informações foram codificadas e transferidas para um banco de dados do *software* analítico *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 18.0, (SPSS for Windows, Chicago, EUA), a fim de avaliar possíveis relações de associação entre as variáveis.

Realizou-se análises bivariadas para identificar fatores associados à variável resposta, por meio do teste qui-quadrado. A magnitude das associações foi estimada a partir da razão de prevalência (RP). A regressão de *Poisson*, com variância robusta, foi utilizada para calcular as RP ajustadas, considerando, de forma conjunta, as variáveis independentes

que estiveram mais fortemente associadas com a dificuldade de acesso na análise bivariada, até o nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Para a análise do modelo final, considerou-se um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

O estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que estabelece diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - Parecer nº 1629.395 08/07/2016 - CAAE nº 56520216.4.0000.5109. Todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação neste estudo.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 394 idosos comunitários. A avaliação das características da amostra evidenciou a predominância do sexo feminino, 263 (66,8%). A faixa etária com maior contingente foi entre 60 e 79 anos 302 (76,6%), com média de idade de 73,9 ($dp \pm 7,9$) anos. Residiam sem companheiro 199 (50,6%); 295 (74,9%) possuíam até quatro anos de estudo. Em relação às variáveis sociais, 348 (88,3%) idosos não possuíam cuidador. Das variáveis clínicas

281 (71,3%) eram hipertensos; 189 (48,0%) referiam doenças osteoarticulares.

Os serviços de saúde mais procurados foram as Estratégias Saúde da Família 259 (65,7%), seguido do Pronto Atendimento Público 188 (47,7%). Os serviços particulares ou seguros de saúde (convênios) foram procurados por 132 (33,5%) idosos. O registro de internações para os 12 meses anteriores à pesquisa foi feito por 122 (17,8%) idosos.

Quanto a questões relativas ao acesso verificou-se que as principais dificuldades de acessar o principal serviço de saúde foram: dificuldades de transporte 39 (30%), a falta de recursos financeiros 32 (24,6%), a ausência de companhia 30 (23,1%), a percepção de que o serviço era ruim 58 (44,6%), barreiras arquitetônicas 24 (18,5%), barreiras geográficas 28 (21,5%). O tempo médio necessário para se chegar ao principal serviço foi de 16,4 minutos.

A Tabela 1 mostra a análise bivariada da dificuldade de acesso aos serviços de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, da saúde e relativas ao acesso aos serviços de saúde.

A Tabela 2 apresenta os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre idosos comunitários.

Tabela 1. Análise bivariada da dificuldade de acesso aos serviços de saúde segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, da saúde e relativas ao acesso aos serviços de saúde (n=394). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variáveis Independentes	Amostra n (%)	Dificuldade de Acesso		p-valor
		Sim n (%)	Não n (%)	
Características Demográficas				
Sexo				0,463
Masculino	131 (33,2)	40 (30,5)	91 (69,5)	
Feminino	263 (66,8)	90 (34,2)	173 (65,8)	
Faixa etária (anos) (média 73,9 \pm 7,9)				0,928
Até 79	302 (76,6)	100 (33,1)	202 (69,9)	
\geq 80	92 (23,4)	30 (32,6)	62 (67,4)	

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis Independentes	Amostra n (%)	Dificuldade de Acesso		p-valor
		Sim n (%)	Não n (%)	
Características Sociais				
Situação conjugal				0,004
Com companheiro	195 (49,5)	51 (26,2)	144 (73,8)	
Sem companheiro	199 (50,6)	79 (39,7)	120 (60,3)	
Arranjo familiar				0,036
Reside sozinho	50 (12,7)	107 (31,1)	237 (68,9)	
Não reside sozinho	344 (87,3)	23 (46,0)	27 (54,0)	
Escolaridade (anos)				0,032
>4	295 (74,9)	24 (24,2)	75 (75,8)	
Até 4	99 (25,1)	106 (35,9)	189 (64,1)	
Sabe ler				0,006
Sim	300 (76,1)	88 (29,3)	212 (70,7)	
Não	94 (23,9)	42 (44,7)	52 (55,3)	
Características Econômicas				
Renda própria				0,755
Sim	355 (90,1)	118 (33,2)	237 (66,8)	
Não	39 (9,9)	12 (30,8)	27 (69,2)	
Renda familiar mensal (salário mínimo*)				0,041
>1	292 (74,1)	88 (30,1)	204 (69,9)	
Até 1	102 (25,9)	42 (41,2)	60 (58,8)	
Características Clínicas				
Hipertensão Arterial				0,137
Não	113 (28,7)	31 (27,4)	82 (72,6)	
Sim	281 (71,3)	99 (35,2)	182 (64,8)	
Diabetes <i>mellitus</i>				0,346
Não	304 (77,2)	104 (34,2)	200 (65,8)	
Sim	90 (22,8)	26 (28,9)	64 (71,1)	
Infarto Agudo do Miocárdio				0,261
Não	284 (72,1)	89 (31,3)	195 (68,7)	
Sim	110 (27,9)	41 (37,3)	69 (62,7)	
Doença Osteoarticular				0,040
Não	205 (52,0)	58 (28,3)	147 (71,7)	
Sim	189 (48,0)	77 (38,1)	117 (61,9)	
Neoplasia				0,596
Não	356 (90,4)	116 (32,6)	240 (67,4)	
Sim	38 (9,6)	14 (36,8)	24 (63,2)	
Acidente Vascular Encefálico				0,859
Não	365 (92,6)	120 (32,9)	245 (67,1)	
Sim	29 (7,4)	10 (34,5)	19 (65,5)	

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis Independentes	Amostra n (%)	Dificuldade de Acesso		p-valor
		Sim n (%)	Não n (%)	
Autopercepção de saúde				0,002
Positiva	187 (47,5)	47 (25,1)	140 (74,9)	
Negativa	207 (52,5)	83 (40,1)	124 (59,9)	
Possui Cuidador				0,052
Não	348 (88,3)	109 (31,3)	239 (68,7)	
Sim	46 (11,7)	21 (45,7)	25 (54,3)	
Queda nos últimos 12 meses				0,002
Não	271 (68,8)	76 (28)	195 (72,0)	
Sim	123 (31,2)	54 (43,9)	69 (56,1)	
Internação nos últimos 12 meses				0,005
Não	337 (85,5)	102 (30,3)	235 (69,7)	
Sim	57 (14,5)	28 (49,1)	29 (50,9)	
Fragilidade				<0,001
Não	283 (71,8)	75 (26,5)	208 (73,5)	
Sim	111 (28,2)	55 (49,5)	56 (50,5)	
Características Relativas ao Acesso				
Possui Plano de Saúde				0,007
Sim	149 (37,8)	37 (24,8)	112 (75,2)	
Não	245 (62,2)	93 (38,0)	152 (62,0)	
Quem Paga o Plano de Saúde				
Próprio idoso	100 (67,1)			
Outros	49 (32,9)			
Principal Serviço Procurado				<0,001
Público	272 (69,0)	108 (39,7)	164 (60,3)	
Privado ou convênio	122 (31,0)	22 (18,0)	100 (82,0)	
Procurou PA** SUS***				0,516
Sim	188 (47,7)	59 (31,4)	129 (68,6)	
Não	206 (52,3)	71 (34,5)	135 (65,5)	
Procurou PA** Particular				0,207
Sim	94 (23,9)	26 (27,7)	68 (72,3)	
Não	300 (76,1)	104 (34,7)	196 (65,3)	
Consultório Particular				0,052
Sim	132 (33,5)	35 (26,5)	97 (73,5)	
Não	262 (66,5)	95 (36,3)	167 (63,7)	
Procurou Clínica de Especialidades				0,249
Sim	83 (21,1)	23 (27,7)	60 (72,3)	
Não	311 (78,9)	107 (34,4)	204 (65,6)	
Procurou Estratégia Saúde da Família				0,005
Sim	259 (65,7)	98 (37,8)	161 (62,2)	
Não	100 (34,3)	32 (23,7)	103 (76,3)	

*Salário Mínimo vigente na época da coleta de dados (R\$ 880,00); **PA: Pronto Atendimento; ***SUS: Sistema Único de Saúde.

Tabela 2. Fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre idosos comunitários em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Variável	Razão de Prevalência (ajustado)	Intervalo de Confiança	valor p
Situação conjugal			
Com companheiro	1		
Sem companheiro	1,21	1,05-1,38	0,005
Saber Ler			
Sim	1		
Não	1,23	1,02-1,49	0,040
Autopercepção de saúde			
Positiva	1		
Negativa	1,13	1,01-1,30	0,054
Fragilidade			
Não	1		
Sim	1,35	1,10-1,65	0,003
Principal Serviço Procurado			
Públicos	1,32	1,17 -1,50	0,000
Privados e convênios	1		

DISCUSSÃO

Verificou-se, neste estudo, que 33% dos idosos relataram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A prevalência estimada representa um percentual elevado, o que é relevante, uma vez que os idosos constituem importante parcela de demanda por atendimento nos serviços de saúde, devido as suas características de comorbidades, fragilidade e suas condições de saúde, que os tornam vulneráveis⁸. Possivelmente, o acesso aos serviços de saúde para os idosos, determinado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa¹⁹, não está sendo legitimado na prática.

Em um estudo conduzido no Brasil, em João Pessoa, foi observado dificuldade de acesso aos serviços devido os meios de transporte e as barreiras geográficas²⁰. No entanto, no presente estudo 67% dos idosos tiveram acesso aos serviços de saúde, quando procurado. Observa-se um caminho progressivo das políticas de saúde destinadas aos idosos que necessitam de melhoria e ampliação do acesso para o alcance integral, igualitário e universal.

A importante predominância de mulheres evidencia o crescente fenômeno da feminização

da população idosa. Essa tendência ocorre principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo, que afeta o ritmo de crescimento das populações masculina e feminina e que prevalece na população brasileira, resultando em maior sobrevivência das mulheres². Um dos desafios do processo de feminização do envelhecimento é possibilitar a criação de um espaço de convivência nos serviços de saúde com o objetivo de motivar a participação das mulheres idosas no convívio social, além de garantir seu acesso aos serviços de saúde quando necessário. Assim seria possível evitar o isolamento e fortalecer a autoestima e a autonomia feminina^{2,21}.

Neste estudo verificou-se, na análise múltipla, que os idosos com maior dificuldade foram aqueles sem companheiro, que não sabem ler; que possuem autopercepção negativa da própria saúde e que são frágeis. Quanto aos serviços de saúde procurados, verificou-se que os idosos enfrentaram maiores dificuldades no acesso, quando buscaram atendimento nos serviços públicos.

A maior dificuldade de acesso entre idosos sem companheiros pode ser explicada devido à ausência de companhia, para encaminhá-los aos serviços²².

Pesquisa evidenciou que idosos viúvos, divorciados ou separados apresentaram a dificuldade de locomoção e a ausência de companhia para o cuidado em saúde como determinantes de problemas relacionados a ausência de procura pelos serviços de saúde.

A relação entre a falta de leitura e piores indicadores de saúde incluindo maiores dificuldades em acessar os serviços de saúde já foi bem descrita^{21,23}. Também em estudo realizado no Ceará foi evidenciada que a baixa escolaridade pode potencializar piora no estado de saúde, em função de hábitos não saudáveis pela falta de conhecimento; maior exclusão e menor nível de informação para procurar serviços de saúde precocemente²³.

As chances de procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos envelhecem e possuem baixa escolaridade²⁴, e é esperado que a maior procura faça emergir maiores dificuldades de acesso¹¹. Estudos conduzidos na Alemanha, França e Reino Unido²⁵ também evidenciaram que usuários com baixa escolaridade são os que enfrentam maiores entraves no uso dos serviços de saúde que procuraram. Faz-se necessário contínuo incentivo à alfabetização aos idosos, oferecendo-lhes oportunidade de aprendizado que lhes proporcionará melhora nos aspectos relacionados ao autocuidado e à responsabilização para com sua saúde e a busca oportuna pelos serviços de saúde²⁶.

Neste estudo, idosos que apresentaram autopercepção negativa da saúde e eram frágeis relataram maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Resultados semelhantes foram observados em estudos realizados em São Paulo²⁷ e Minas Gerais²⁸. A percepção negativa de saúde poder estar relacionada à presença de morbidade, fragilidade e outras condições que determinam maior necessidade de procura por serviços médicos. Nessas condições, uma busca mais frequente implica também em maiores dificuldades de acesso e utilização²⁸.

A associação significativa entre acesso e fragilidade, que é uma síndrome que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e pode impactar negativamente na vida social e pessoal dos idosos pode ser compreendida pela maior necessidade percebida. Ao alcançar o acesso aos serviços de saúde,

embora a fragilidade seja uma condição progressiva, é possível que o atendimento adequado possa atenuar e prevenir os sintomas. Com o aumento da fragilidade o idoso tem dificuldade de se locomover, necessita de ajuda; da presença do cuidador e tais acometimentos são barreiras para os idosos procurarem e usarem os serviços de saúde²⁹.

Quanto aos serviços mais utilizados verificou-se, no presente estudo, maiores dificuldades entre idosos que procuraram os serviços públicos. Essas dificuldades foram principalmente relacionadas à falta de transporte para se chegar ao serviço, poucos recursos financeiros, ausência de companhia, percepção de serviços pouco resolutivos e ainda em função de barreiras geográficas e arquitetônicas que impediam ou dificultavam o acesso. De forma semelhante, estudo realizado no Paraná evidenciou uma percepção negativa da população sobre os serviços públicos que ofereciam atendimento precário, os idosos relatavam obstáculos para obter assistência quando procuravam serviços de saúde públicos⁴. Tais serviços apresentavam problemas relativos a não continuidade dos programas realizados, principalmente em função das mudanças de governo, e consequente modificações das políticas públicas de saúde⁴. Também em pesquisa realizada em Maranhão³⁰ o acesso aos serviços públicos também foi considerado deficiente devido ao horário de atendimento das unidades básicas, que funcionam em horários comerciais, falta de um telefone fixo para agendamentos de consultas e em função de questões organizacionais precárias.

Nesta pesquisa, a menor dificuldade em acessar os serviços privados pelos idosos pode ser compreendida pela significativa parcela da população participante que possuía planos de saúde, (37,8%). Além disso, cerca de 70% dos idosos pagam seus próprios planos. A cobertura dos planos de saúde entre os idosos no Brasil tem crescido rapidamente e é de aproximadamente 5 milhões de pessoas de 60 anos ou mais, representando 29,4% do total de idosos no País³¹.

Embora não tenha sido significante no modelo final, neste estudo, o serviço mais procurado foi a ESF e prováveis problemas nesse serviço, podem ser uma justificativa para as maiores dificuldades de

acesso nos serviços públicos. Embora a cobertura da ESF esteja aumentando em todo País a iniquidade de acesso ainda persiste. Prover cuidados com qualidade é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, mas a intenção nem sempre é suficiente. Equilibrar a demanda com a capacidade de atendimento ainda parece ser um sério problema a ser enfrentado em relação ao acesso na atenção primária em saúde³². Apesar das dificuldades existentes a ESF tem se mostrado capaz de minimizar diferenças de acesso que há muito tempo se perpetuam. Acredita-se que para que o impacto positivo no acesso seja percebido pela população ainda será necessário mais tempo para plena consolidação da ESF³³.

A longevidade é paradoxal, pois os benefícios de viver mais tempo são contrapostos pela possibilidade de doenças crônicas, declínio físico e psicológico, isolamento, depressão e declínio do *status* social e econômico. Com o aumento de pessoas idosas na comunidade também aumentam a necessidade da qualificação da atenção à saúde e a dependência de cuidados tanto da equipe de saúde como dos familiares e maior procura pelos serviços de saúde³⁴.

Diante disso, há muito que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde a população idosa. O acesso aos diversos serviços de saúde precisa ser ampliado e todos os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na rede de atenção básica, porta de entrada aos serviços de saúde, devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa. Quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Neste contexto, os serviços de saúde têm papel fundamental na atenção à saúde, para que a população idosa possa usufruir a vida com tudo aquilo que construiu. Para tal, são requeridos investimentos que priorizem a prevenção de doenças; controle de condições de cronicidade e ampliação do acesso aos serviços de saúde que permita aos idosos um viver com bem-estar².

Os dados deste estudo devem ser interpretados a luz de algumas limitações, como a perda expressiva de idosos a partir do início do estudo (linha de base)

para a primeira onda do estudo. Além da própria condição do idoso, com suas limitações; perda da funcionalidade e capacidade cognitiva, que podem dificultar as respostas aos vários questionamentos, visto que o questionário utilizado é amplo e o cansaço físico e mental do idoso pode ter sido um impedimento. Sugere-se em outros estudos que a coleta de dados possa ser realizada em mais de um momento, por etapas.

Embora na presente investigação tenham sido utilizados dados de um estudo maior de abordagem longitudinal, as informações sobre acesso são oriundas de um recorte transversal. Estudos transversais apresentam limitações no tocante à identificação temporal dos fatores estudados. Observa-se a necessidade de estudos longitudinais acerca da temática que desenvolvam e validem instrumentos de avaliação do acesso e a qualidade dos serviços de saúde específicos para idosos tendo em vista as particularidades desse segmento da população e a falta de padronização na avaliação de acesso e uso de serviços de saúde.

Os resultados evidenciam que as condições relacionadas às dificuldades de acesso são passíveis de intervenção, o que é fundamental para a prevenção e promoção de saúde dos idosos, de forma a evitar desfechos clínicos adversos, principalmente no que se refere a dificuldades de usar os serviços de saúde. O conhecimento dos fatores associados às dificuldades de acesso entre idosos permite que ações de saúde destinadas a esse grupo possam ser desenvolvidas de forma a minimizar tais dificuldades¹⁵.

CONCLUSÃO

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde procurados foi relatada por uma proporção significativa dos idosos participantes do estudo. As principais condições associadas a essa dificuldade de acesso foram não possuir companheiro; não saber ler; apresentar uma autopercepção negativa da própria saúde e ser classificado como idoso frágil. Além disso, maiores dificuldades foram relatadas na busca por atendimento nos serviços públicos.

O estudo demonstra a necessidade de investimentos direcionados a saúde do idoso, de forma a garantir a assistência a esse crescente contingente populacional. A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa e pode refletir iniquidades que

impactam negativamente na qualidade de vida dessa população que depende de políticas públicas integradas e efetivas.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Demografia econômica e envelhecimento Populacional [Internet]. [sem local]: ONU; 2018 [acesso em 11 nov. 2018]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/?post_type=post&s=envelhecimento
2. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [acesso em 2019 out 07]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
3. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 18 nov. 2018];19(3):507-19. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v19n3/pt_1809-9823-rbgb-19-03-00507.pdf
4. Scolari GAS, Rissardo LK, Baldissera VDA, Carreira L. Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 18 nov. 2018];71(Suppl 2):811-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800811&lng=en&tlng=en
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 17 nov. 2018]; 377(9779):1778-97. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548?via%3Dihub>
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.
7. Rissardo KL, Carreira L. Organização do serviço de saúde e cuidado ao idoso indígena: sinergias e singularidades do contexto profissional. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [acesso em 07 out. 2019];48(1):72-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100072&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100009>
8. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso em 18 nov. 2018];47(1):213-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027
9. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 21 out. 2019];22(4):1165-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401165&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>
10. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 26 fev. 2019];71(3):178-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301178&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
11. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [acesso em 26 fev. 2019];24(1):100-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100100&lng=pt&tlng=pt
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 21 out. 2019];17(11):2865-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt
13. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2015 [acesso em 12 nov. 2017];64(2):123-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000200122&lng=pt&tlng=pt

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. Populações Estimadas, Cidades, 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 12 nov. 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>
15. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):747-52.
16. Bonello AALM, Correa CRS. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso 04 abr. 2019];19(11):4397-4406. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104397&lng=pt&tlng=pt
17. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2010. Brasília, DF: MS; 2011.
18. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* [Internet]. 2006 [acesso em 26 fev. 2019];35(5):526-29. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/35/5/526/9782>
19. 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*. Out. 2006.
20. Amaral FLJS, Motta MHA, da Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 26 fev. 2019];17(11):2991-3001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100016&lng=pt&tlng=pt
21. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(50):1-15.
22. Domingues MA, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Torres MJ, Barros TC, Florindo AA. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 26 nov. 2019];16(1):49-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100006&lng=pt&tlng=pt
23. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso 08 maio 2019];18(4):893-908. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00893.pdf
24. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 20 out. 2019];42(4):733-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021&lng=en
25. Ferreira MRJ, Mendes AN. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 26 fev. 2019];23(7):2159-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2159.pdf>
26. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Valer DB, Aires M, Guimarães NV, Brocker AR, et al. Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 21 out. 2019];25(Spec 1):129-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800020&lng=pt
27. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(3):559-71.
28. Medeiros SM, Silva LRS, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso 19 nov. 2018];21(11):3377-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103377&lng=pt&tlng=pt
29. Fernandes HC. O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
30. Reis RS, Coimbra LC, da Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 19 nov. 2018];18(11):3321-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=pt&tlng=pt

31. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 19 nov. 2018];22(1):179-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100179&lng=pt&tlng=pt
32. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso em 19 nov. 2018];26(1):87-111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=pt&tlng=pt
33. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Silva NC, Calazans JA, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 19 nov. 2018];31(6):1175-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=pt&tlng=pt
34. Silva RM, Brasil CCP. A quarta idade: o desafio da longevidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 19 nov. 2018];21(11):3631-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103631&lng=pt&tlng=pt



O papel do engajamento cultural para idosos: uma revisão integrativa da literatura

The role of cultural engagement for older adults: an integrative review of scientific literature

Lilian Dias Bernardo¹ 

Claudia Reinoso Araújo de Carvalho² 

Resumo

Objetivo: Compreender o papel do engajamento cultural na vida dos idosos. **Método:** Foi feita revisão integrativa da literatura, considerando publicações do período de 2014 a 2019, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram utilizadas como fontes de informação: Scopus, Web of Science, MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycNET®, LILACS, SciELO Citation Index e Science Direct. Para a busca, utilizaram-se os descritores “idosos” e os termos de busca “engajamento cultural” nos três idiomas, utilizando os operadores booleanos “AND” ou “OR”. Foram identificados 12 artigos que atenderam aos critérios de seleção. Os artigos foram categorizados quanto ao tema. Nenhum estudo brasileiro foi encontrado. **Resultados:** O panorama apresentou que os idosos se interessavam mais por atividades culturais receptivas, tais como ir a museus, exposições e teatro, pois essas atividades os enriqueciam e lhes agregavam maior valor social. O engajamento cultural esteve associado à redução da incidência de doenças neuropsiquiátricas (demência e depressão) e de episódios de violência. A participação em atividades culturais também se constituiu como fator protetor para as habilidades cognitivas e para redução de dor crônica. Ainda há evidências que associam o engajamento cultural à melhor percepção da qualidade de vida, bem-estar, felicidade e afeto positivo, assim como redução do afeto negativo. **Conclusão:** Engajar-se em atividades culturais é uma forma de compreender e respeitar a diversidade cultural, resgatar as identidades sociais, usufruir e proporcionar experiências de alto valor social, com impactos benéficos na vida dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Cultura. Prevenção de Doenças. Identificação social.

¹ Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Departamento de Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro, RJ Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Lilian Dias Bernardo
lilian.bernardo@ifrj.edu.br

Recebido: 09/07/2019
Aprovado: 11/11/2019

Abstract

Objective: to understand the role of cultural engagement in the lives of older adults. **Method:** an integrative literature review of publications from 2014 and 2019 in English, Portuguese, and Spanish was conducted. The Scopus, Web of Science, MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycNET®, LILACS, SciELO Citation Index and Science Direct databases were used as sources of information. The descriptors “aged” and the related term “cultural engagement” in the three idioms were used in the search, together with the Boolean operators “AND” or “OR”. A total of 12 articles that met the inclusion criteria were found. These were categorized based on the theme. No Brazilian studies were found. **Results:** the panorama found revealed that older adults are more interested in receptive cultural activities, such as going to museums, exhibitions and the theater, as these enrich and add greater social value to their lives. Cultural engagement was associated with a reduction in the incidence of neuropsychiatric disorders (dementia and depression), as well as reducing the incidence of episodes of violence. Participation in cultural activities also constituted a protective factor for cognitive abilities and for the reduction of chronic pain. There is also evidence that associates cultural engagement with a better perception of quality of life and greater well-being, happiness and positive affect, as well as the reduction of negative affect. **Conclusion:** engaging in cultural activities is a way of understanding and respecting cultural diversity, salvaging social identities, and enjoying and providing experiences of great social value, with beneficial impacts in the lives of older adults.

Keywords: Health of the Elderly. Culture. Disease Prevention. Social Identification.

INTRODUÇÃO

A participação em atividades que fazem parte do nosso cotidiano advém de escolhas individuais, embebidas de valores, crenças e experiências que, por sua vez, são reflexos – conscientes ou não – de influências de um grupo social. Participar dessas diferentes atividades é uma forma de expressar a identidade social, assim como a identidade social influencia no seu engajamento¹.

Nas escolhas das atividades, o contexto cultural pode ser um dos aspectos utilizados para compreender como as pessoas compartilham, criam e atribuem significados à cada atividade desenvolvida². No entanto, o repertório de atividades selecionado pelas pessoas pode se alterar ao longo da vida, seja por necessidade, preferência, capacidade, oportunidade ou por modificações na própria cultura³.

Diversos pesquisadores têm se preocupado em compreender o envolvimento e participação de um grupo social em atividades de cunho cultural, ao investigar o engajamento e o acesso aos diferentes dispositivos, tais como museus, teatros ou monumentos, assim como a manutenção das tradições

culturais que são repassadas entre as gerações⁴⁻⁷. No entanto, ao pensar na faixa etária mais avançada, surge a questão norteadora desta pesquisa: Como se dá o engajamento dos idosos aos equipamentos culturais? A participação em atividades culturais produz quais efeitos na vida desses idosos? Neste panorama, o objetivo do artigo foi compreender o papel do engajamento cultural na velhice.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. O *corpus* do estudo foi formado pelas produções científicas que evidenciam os efeitos do engajamento cultural em idosos. O recorte temporal adotado foi de cinco anos (2014 a 2019). As buscas foram realizadas em março de 2019.

As fontes de informação selecionadas foram: *Scopus*, *Web of Science*, MEDLINE/PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PsycNET®, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library on Line* (SciELO) *Citation Index* e *Science Direct*.

Na seleção dos artigos, independentemente do livre acesso às publicações, considerou como critérios de inclusão: os artigos que abordassem o tema e estivessem nos idiomas português, inglês ou espanhol. Descartaram-se as revisões de literatura, resumos de congressos, anais e editoriais.

Para definição dos termos de busca, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde. Elegeu-se o descritor “idoso” e seus correlatos que foi combinado com o termo de busca “engajamento cultural” e suas respectivas expressões em inglês e espanhol. Utilizaram-se os operadores booleanos “AND” e “OR” para combinação. As estratégias construídas com os termos de busca e seus resultados são apresentados no Quadro 1.

Foram encontrados 139 artigos. As produções identificadas na busca bibliográfica das bases de dados foram exportadas para as planilhas do *Microsoft Excel*[®] para o armazenamento e organização, iniciando o processo de seleção do *corpus* da pesquisa. As etapas de

identificação, rastreamento, elegibilidade e justificativas para as exclusões são apresentadas na Figura 1. Neste fluxo, 12 artigos atenderam a todo processo de seleção e compõem a amostra final desta pesquisa.

Para análise e sistematização dos dados obtidos, foi construído um formulário para organização dos resultados. Para a seleção das categorias de análise foi realizada inicialmente leitura flutuante do material para a familiarização com os conteúdos de cada estudo⁸. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo⁸ para o processo de categorização temática e posterior análise descritiva. Em confronto com o marco teórico, os artigos foram desdobrados considerando os objetivos, desenhos metodológicos, desfechos e limitações de cada pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa é constituída por 12 artigos que estão caracterizados no Quadro 2.

Quadro 1. Estratégias de busca e resultados das produções identificadas. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Fontes de informação	Expressões de busca	Resultados
CINAHL with Full Text (EBSCO)	("aged" OR "older adults" OR "elderly" OR "older person") AND ("cultural engagement")	06
LILACS	"cultural" [Palavras] and "idoso" [Palavras]	10
LILACS	"cultural" [Palavras] and "adultos mayores" [Palavras]	00
LILACS	"engajamento cultural" [Palavras] and "idoso" [Palavras]	00
MEDLINE/PubMed	("aged" OR "older adults" OR "elderly" OR "older person") AND "cultural engagement"	12
PsycNET	Any Field: "aged" OR Any Field: "older adults" OR Any Field: "elderly" OR Any Field: "older person" AND Any Field: "cultural engagement"	12
SCielo Citation Index	TÓPICO: ("aged" OR "older adults" OR "elderly" OR "older person") AND TÓPICO: ("cultural engagement")	00
Science Direct	"aged" OR "older adults" OR "elderly" OR "older person") AND TÓPICO: ("cultural engagement")	79
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("aged" OR "older adults" OR "elderly" OR "older person") AND TITLE-ABS-KEY ("cultural engagement"))	15
Web of Science	TÓPICO: ("aged" OR "older adults" OR "elderly" OR "older person") AND TÓPICO: ("cultural engagement")	05
Total		139

Fonte: As autoras, 2019.

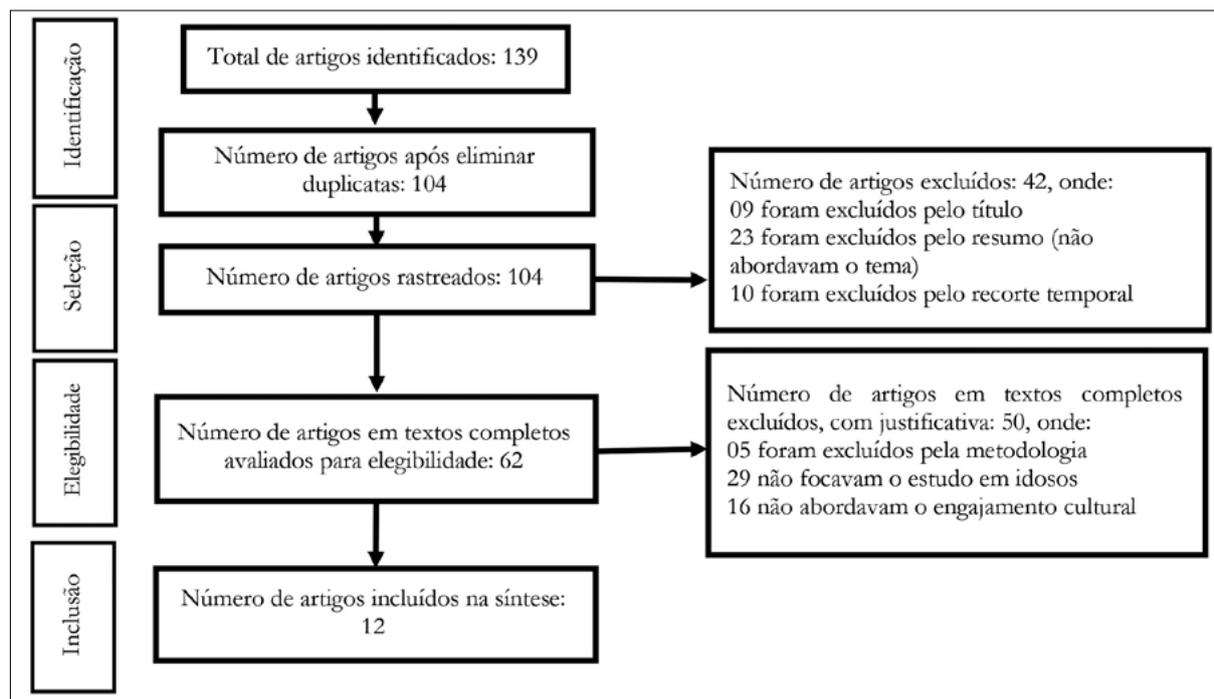


Figura 1. Fluxo do processo de seleção. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Fonte: As autoras, 2019.

Quadro 2. Caracterização dos artigos em relação aos autores e ano da publicação, região em que ocorreram os estudos, objetivos das pesquisas, desenhos metodológicos, desfechos e limitações dos estudos. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Autores e ano. (Região do estudo)	Objetivos	Desenhos Metodológicos	Desfechos	Limitações
Dyall et al. ⁹ , 2014. (Nova Zelândia)	Relacionar o perfil socioeconômico e cultural à qualidade de vida.	<u>Público-alvo:</u> 421 idosos indígenas neozelandeses (maori) e 516 não-maori; <u>Variação da idade:</u> 80-90 anos; <u>Desenho:</u> Transversal, dados da coorte.	1) O contato com a cultura e linguagem maoris foi relacionado à melhor percepção de bem-estar. 2) A frequência de visita às tribos era diretamente relacionada ao engajamento em atividades culturais, com melhor percepção de qualidade de vida, nos aspectos físicos.	1) Estudo transversal não permite alegações de causalidade. 2) O instrumento de avaliação utilizado traz conceitos de qualidade de vida da sociedade ocidental, que pode ser diferente do conceito neozelandês.
Lai ¹⁰ , 2014. (Estados Unidos)	Correlacionar o uso de tecnologias à participação em práticas socioculturais.	<u>Público-alvo:</u> 2.250 adultos e idosos americanos; <u>Variação da idade:</u> 31- 70 anos; <u>Desenho:</u> Transversal.	1) O uso da internet e dos aplicativos foram associados ao engajamento em atividades socioculturais, com aumento no número de idas aos equipamentos culturais.	1) Estudo transversal não permite alegações de causalidade. 2) Havia poucas variáveis de resposta no instrumento de avaliação e isso pode ter contribuído para efeitos não-significativos.

continua

Continuação do Quadro 2

Autores e ano. (Região do estudo)	Objetivos	Desenhos Metodológicos	Desfechos	Limitações
Thomson e Chatterjee ¹¹ , 2014. (Reino Unido)	Correlacionar a exploração tátil em obras de arte ao afeto e bem-estar.	<u>Público-alvo:</u> 40 idosos britânicos; <u>Variação da idade:</u> 65-85; anos; <u>Desenho:</u> Transversal.	1) A exploração tátil resultou aumento do afeto positivo, bem-estar e felicidade, além de diminuição do afeto negativo, nos cenários hospitalar e residencial. 2) Nas enfermarias psiquiátricas não houve diferença no afeto positivo e na percepção de bem-estar, no pós-intervenção. 3) Aqueles que nunca haviam visitado o museu, demonstraram desinteresse para manusear as peças de arte e preferiram ficar lendo as fichas técnicas, demonstrando curiosidade.	1) Amostra pequena, com intervenções em curto prazo. 2) Não teve grupo controle. 4) Foram utilizadas duas intervenções (individual e em grupo) e não se sabe os efeitos em separado.
Ejechi ¹² , 2015. (Nigéria)	Correlacionar o nível de engajamento em atividades socioculturais à percepção de saúde.	<u>Público-alvo:</u> 514 adultos e idosos nigerianos; <u>Variação da idade:</u> 55- 75 anos; <u>Desenho:</u> Qualitativo.	1) Entre professores aposentados e não-aposentados não houve diferença significativa para os tipos de participação sociocultural. 2) A participação em atividades acadêmicas diminuiu significativamente nos professores aposentados e aumentou a participação social, sobretudo nas tradições culturais	1) A amostra se restringiu à categoria de professores universitários. Assim, não se sabe se a manutenção das tradições culturais se aplicam à população nigeriana.
Rapacciuolo et al. ¹³ , 2016. (Itália)	Investigar a relação entre o bem-estar subjetivo e o impacto social e participação cultural, de residentes de uma cidade italiana em um momento de crise econômica.	<u>Público-alvo:</u> 571 idosos italianos; <u>Variação da idade:</u> 62- 77 anos; <u>Desenho:</u> Transversal.	1) Há associação entre a participação em atividades socioculturais e o bem-estar subjetivo e resiliência. 2) Muitos estavam desempregados e a cidade estava em crise econômica. Como as mulheres não estavam participando de atividades sociais e culturais, estas apresentaram menor bem-estar e resiliência, pois a disponibilidade e acesso às atividades culturais e sociais foi um elemento-chave para um ambiente saudável. 3) As mulheres tiveram uma pontuação maior do que os homens em felicidade, quando media a satisfação pela vida.	1) Não foram apresentadas pelos autores, mas a limitação se dá pelo desenho do estudo. Estudos longitudinais são mais adequados para investigar os aspectos emocionais e suas relações com o acesso e participação cultural. 2) Não destacaram a variável condição socioeconômica, uma vez que esse foi o motivo para a restrita participação das mulheres nos dispositivos culturais.

continua

Continuação do Quadro 2

Autores e ano. (Região do estudo)	Objetivos	Desenhos Metodológicos	Desfechos	Limitações
Annear et al. ¹⁴ , 2016. (Austrália)	Identificar as práticas adotadas nas instituições asilares para manter os idosos conectados às suas culturas.	<u>Público-alvo:</u> 3 instituições com idosos japoneses; <u>Variação da idade:</u> não se aplica; <u>Desenho:</u> Descritivo.	1) Para promover o engajamento cultural, as instituições de longa permanência para idosos realizavam preservavam as tradições japonesas (flores, comidas e danças) para manter os idosos conectados à cultura.	1) Os autores não retratam as limitações, mas a coleta de dados não contemplou a percepção dos idosos sobre as estratégias para os manter em conexão com as tradições culturais.
Shepherd et al. ⁴ , 2018. (Austrália)	Relacionar a identidade e engajamento cultural à reincidência de violência em indígenas que estão sob custódia.	<u>Público-alvo:</u> 119 adultos e idosos indígenas australianos; <u>Variação da idade:</u> 19-63 anos; <u>Desenho:</u> Longitudinal.	1) O nível de engajamento cultural foi mais elevado naqueles que possuíam uma identidade cultural mais forte. 2) Há relação negativa entre engajamento cultural e reincidência de violência, explicadas pelo aumento da autoestima, autoconfiança, apoio social e propósito de vida.	1) Apesar dos participantes serem indígenas, estes eram de regiões diferentes e poderiam variar amplamente os valores culturais. 2) Não se sabe se os indígenas abrigavam múltiplas identidades, sem atribuir preferência à sua identidade indígena.
Fancourt et al. ¹⁵ , 2018. (Reino Unido)	Relacionar o engajamento cultural ao risco para desenvolver demência.	<u>Público-alvo:</u> 3.911 adultos e idosos britânicos; <u>Variação da idade:</u> 56-72 anos; <u>Desenho:</u> Coorte.	1) Aqueles que visitavam museus, poucas vezes por mês ou mais, apresentaram uma taxa de incidência de demência menor, independente das variáveis: comprometimento sensorial, depressão e condições vasculares. 2) O estímulo cognitivo proporcionado nas visitas a museus, fazem do engajamento cultural uma importante estratégia para manter a reserva cognitiva e diminuir o isolamento social.	1) O estudo não foi experimental.
Goulding ¹⁶ , 2018. (Reino Unido)	Correlacionar o grau de envolvimento cultural e seus efeitos na vida dos idosos.	<u>Público-alvo:</u> 40 idosos britânicos; <u>Variação da idade:</u> 64-98 anos; <u>Desenho:</u> qualitativo.	1) Os participantes se envolviam em atividades culturais para enriquecer-se socialmente. 2) Àqueles com menor escolaridade e baixa classe social, o engajamento cultural era mais restrito.	1) Os grupos variaram muito em tamanho e as oportunidades para o engajamento cultural. 3) Nem todos idosos eram aposentados, o que refletia em menor participação cultural e podem ter influenciado nos desfechos.

continua

Continuação do Quadro 2

Autores e ano. (Região do estudo)	Objetivos	Desenhos Metodológicos	Desfechos	Limitações
Fancourt e Steptoe ⁶ , 2018 (a). (Reino Unido)	Correlacionar engajamento cultural às habilidades cognitivas.	<u>Público-alvo:</u> 3.445 adultos e idosos britânicos; <u>Variação da idade:</u> 52-90 anos; <u>Desenho:</u> Transversal, dados da coorte.	1) O engajamento cultural parece ter benefícios para a memória e fluência semântica, independente do status cognitivo, das variáveis demográficas, percepção de saúde e participação em atividades. 2) Quanto maior a frequência de engajamento, maior o fator protetivo para a cognição, exceto na atividade ir ao cinema. 3) Não houve correlação entre ir ao teatro/concertos/ ópera e fluência semântica.	1) Estudo transversal não permite alegações de causalidade. 2) Os dados foram coletados somente do último ano, sem prazos mais longos, o que não permite concluir sobre a perpetuação dos benefícios. 3) Pode existir uma relação bidirecional entre cultura, engajamento e cognição.
Fancourt e Steptoe ⁷ , 2018 (b). (Reino Unido)	Correlacionar fatores físicos e psicossociais (cultura) à dor crônica.	<u>Público-alvo:</u> 2.631 adultos e idosos britânicos; <u>Variação da idade:</u> 52-90 anos; <u>Desenho:</u> Transversal, dados da coorte.	1) O engajamento cultural aparece como fator psicossocial protetor da dor crônica, exceto para as atividades de participação em grupos comunitários. 3) O engajamento cultural mostrou-se benéfica, independente do comportamento sedentários, atividade física e isolamento social.	1) Estudo transversal não permite alegações de causalidade. 2) Essa amostra é representativa de pessoas brancas britânicas, mas não se sabe os resultados para outras etnias.
Fancourt e Tymoszuk ⁵ , 2019. (Reino Unido)	Relacionar o engajamento cultural à incidência de depressão.	<u>Público-alvo:</u> 2.148 adultos e idosos britânicos; <u>Variação da idade:</u> 52-89 anos; <u>Desenho:</u> Coorte.	1) Quanto maior a frequência de atividades culturais, menor o risco para desenvolver depressão, independente das variáveis sociodemográficas, saúde, comportamento e formas de engajamento social (passatempos, interações sociais, grupo comunitário) e cívico.	1) Estudo transversal não permite alegações de causalidade. 2) Poderiam ter participantes com humor ou depressão subclínico que explicaria a redução no engajamento.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados obtidos na pesquisa, 2019.

Para caracterizar o *corpus* da pesquisa, verificou-se ausência de estudos referentes à população brasileira, bem como latino-americana. A maioria das produções era recente (2018; n=5) e advinda do Reino Unido (n=6). Todos os estudos considerados foram publicados no idioma inglês.

Para análise da relação das palavras-chave utilizadas nas publicações revisadas, foi construído um infográfico para a compreensão dos termos e suas associações (figura 2).

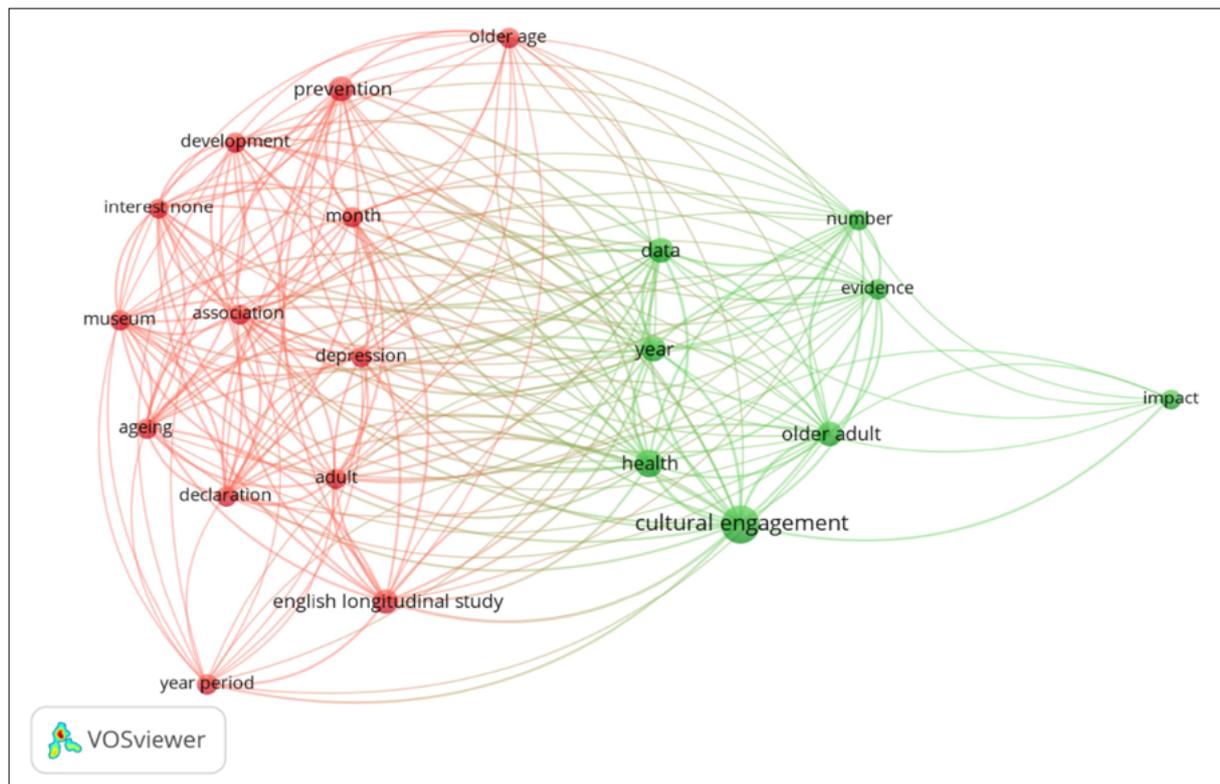


Figura 2. Infográfico de termos utilizados nos artigos.

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Nessa representação, o tamanho do círculo é diretamente proporcional à frequência e importância dos itens analisados. Os círculos se agrupam por assuntos e são representados por cores diferentes¹⁷. Assim, são observados *clusters*, em que se destacam as palavras-chave: engajamento cultural (*cultural engagement*), idosos (*older adults*, *aging* e *older age*), saúde (*health*) e prevenção (*prevention*). As conexões demonstraram que as pesquisas foram conduzidas para estabelecer as relações entre a cultura e a promoção de saúde/prevenção de doenças.

Na análise dos objetivos e desenhos metodológicos, verificou-se que as publicações eram conduzidas exclusivamente com a população idosa (n=5) ou grupos de adultos e idosos (n=7). Neste caso, cinco estudos incluíram pessoas com idade acima de 45 anos^{5-7,12,15} e dois consideraram pessoas mais jovens^{4,10}. Nos artigos com participantes adultos e idosos, a idade não interferiu nos resultados alcançados.

No que tange às metas dos estudos, os autores tinham interesse em investigar quais eram os equipamentos culturais escolhidos pelos idosos^{6,10} investigar as percepções das pessoas ao participar das atividades culturais^{9,11-14, 16} ou investigar as relações entre o engajamento cultural e as funções do corpo^{5-7,15} ou alterações.

Na análise dos objetivos e desfechos, verificou-se que os estudos de Lai¹⁰ e Goulding¹⁶ buscaram compreender quais eram os equipamentos culturais mais procurados por pessoas em envelhecimento.

Para as pessoas que faziam uso recorrente de internet ou aplicativos, os museus e galerias de arte eram os locais mais procurados, seguidos de festivais de música, locais históricos, parques ou monumentos¹⁰. O autor sugere que a tecnologia é um aliado recurso para o engajamento cultural, pois ela estimula maior interesse para conhecer

os locais existentes e proporciona o aumento de vivências socioculturais¹⁰. No estudo de Goulding¹⁶, a participação em aulas de história da arte e literatura, em coral, grupos de leitura e ir a museus apareceram, nessa ordem, como as escolhas dos idosos para agregar maior valor social às suas vivências, nessa fase da vida.

Nos demais estudos em que os equipamentos culturais eram os espaços potentes para alcançar os objetivos de cada estudo, o museu foi o local mais utilizado.

Posteriormente, foram analisados os estudos destinados a compreender a percepção do engajamento cultural na vida das pessoas em envelhecimento, representados pelas pesquisas de Dyal et al.⁹, Thomson e Chatterjee¹¹, Ejechi¹², Rapacciolo et al.¹³, Annear et al.¹⁴ e Goulding¹⁶.

No estudo de Dyal et al.⁹, Ejechi¹² e Annear et al.¹⁴, foram investigadas as percepções dos idosos ao manter suas tradições culturais. A maior frequência de contatos dos indígenas (que moravam nas cidades) com suas tribos e com sua linguagem de origem estavam associados à melhor percepção de qualidade de vida e bem-estar⁹.

Já no estudo de Ejechi¹², os professores nigerianos relataram que se mantinham engajados em suas tradições culturais, uma vez que realizar os ritos de casamento, de funerário, participar de cerimônia para nomes de recém-nascidos e adoração a deuses representavam possuir um envelhecimento bem-sucedido.

A manutenção com a cultura e tradição japonesa também foi a estratégia adotada por três instituições de longa permanência para idosos, com a intenção de oferecer ganhos potenciais em qualidade de vida e saúde aos idosos institucionalizados¹⁴. O uso de flores típicas do Japão, festivais tradicionais e comidas típicas eram as estratégias utilizadas para conectar os residentes idosos com o mundo exterior e sua cultura herdada¹⁴.

Nos demais estudos que buscaram compreender a relação da cultura com as percepções dos participantes da pesquisa, destaca-se o estudo de Rapacciolo et al.¹³, que investigou a participação cultural de residentes

de uma cidade em crise econômica: Nápoles. No ano da pesquisa (2014), era crescente o número de desempregos e eram reduzidas as oportunidades de vivências socioculturais. Ficou constatado que os homens possuíam maiores oportunidades de participação cultural e social e apresentavam melhor percepção de bem-estar e resiliência, se comparadas às mulheres da pesquisa¹³.

Por sua vez, as experiências táteis com acervos de museus foi a estratégia adotada para proporcionar vivências culturais em idosos que – por motivos de saúde ou idade – estavam com restrições para frequentar os estabelecimentos culturais¹¹. A exploração tátil esteve associada a um aumento de afeto positivo, bem-estar e felicidade, além de diminuição do afeto negativo. Não houve diferença antes e pós-intervenção para afeto positivo e bem-estar nos participantes da enfermaria psiquiátrica¹¹. Aqueles sem experiência prévia de visitas a museus demonstraram curiosidades sobre o acervo, mas se restringiram a ler as fichas técnicas, sem envolverem-se na exploração tátil¹¹.

Ao analisar a relação entre engajamento cultural e as doenças/funções do corpo, as produções científicas demonstraram que a participação em atividades culturais foi associada a menor declínio nas funções cognitivas⁶, na dor crônica⁷, na incidência de demência¹⁵ e depressão⁵, assim como menor recorrência de episódios de violência⁴. Esses estudos afirmaram que a frequência do engajamento era diretamente relacionada ao aumento dos benefícios^{4-7,15}.

No estudo de Fancourt e Steptoe⁶ havia uma relação direta entre a quantidade de idas a museus, galerias de arte e/ou shows ao menor declínio cognitivo, principalmente nas funções de memória e fluência semântica. No entanto, a prática de ir ao cinema não apresentou associação entre a frequência e proteção para a cognição. De forma similar, ir a concertos, teatro/ópera não tinha relação positiva com a fluência semântica, que pode ser decorrente do interesse tardio por essas modalidades culturais.

A manutenção das habilidades cognitivas durante visitas a museus também estava associada à menor taxa de incidência de demência, registrado em uma coorte ao longo de 10 anos¹⁵. Este estudo ainda

reforça que o engajamento cultural foi associado ao menor isolamento social. De forma semelhante, as interações sociais proporcionadas pelo engajamento em ir ao cinema, museus, galerias ou ao teatro e assistir concerto/ópera também se configuraram como uma variável que reduziu a taxa de incidência de depressão⁵.

O engajamento nesses equipamentos culturais, de forma similar, aparece como fator protetivo para os relatos de dor crônica⁷. Os autores acreditam que a redução de dor, em aproximadamente 25%, se deu porque as atividades culturais promoviam respostas de afeto positivo e interação social, além de ser uma atividade física de baixa resistência⁷.

Por sua vez, no estudo feito com indígenas sob custódia foram trabalhadas as questões de sua cultura e passado tribal. Naqueles com forte identidade cultural, houve alterações comportamentais dentro da penitenciária, representados por redução dos episódios de violência⁴.

Ao analisar as limitações dos estudos revisados, os desenhos metodológicos caracterizam-se como o fator mais limitante.

DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa da literatura desvela, pelo número reduzido de produções científicas encontradas, um tema ainda pouco explorado. Apesar de ter sido crescente no decorrer dos anos, a maioria dos estudos advém da mesma região (Reino Unido) e de um mesmo grupo de pesquisadores. Restringir as pesquisas a um território pode não refletir o real papel do engajamento cultural na velhice, pois não são consideradas as diferentes populações, as variações entre etnias, as oportunidades e a disponibilidade de recursos de cada região e suas culturas³.

Apesar da participação cultural se apresentar como benéfica para a vida dos idosos, coletar os dados de forma transversal (maioria dos desenhos metodológicos) não permitem alegações de causalidade, pois esse método se restringe a informar sobre um panorama (“fotografia”) do objeto que está sendo estudado, identificando os

fatores relacionados ao problema da pesquisa. Por não ter um acompanhamento sequencial (temporal) sobre o fenômeno estudado, sujeitam-se a viés por fatores extrínsecos¹⁸. Contudo, esses desenhos de pesquisas transversais contribuem para elaboração de estudos experimentais que poderão controlar as variáveis capazes de interferir nos desfechos e, assim, acompanhar os resultados longitudinalmente ou propor *follow-up* para identificar a perpetuação dos benefícios apresentados.

Os estudos revisados apontam que, apesar da diversidade de equipamentos culturais frequentados ou das tradições identificadas nesta revisão, o museu apareceu como o espaço mais procurado pelos idosos ou como o local mais utilizado para a coleta de dados das investigações. Isso ocorre, pois os museus representam as instituições que tradicionalmente são usadas para documentar, preservar e expor o patrimônio cultural, material ou imaterial¹⁹. No entanto, os artigos apontam para outros dispositivos potentes para futuras pesquisas sobre divulgações e vivências culturais, em que se destacam as bibliotecas, teatros, cinemas e monumentos.

No panorama geral, os pesquisadores estavam interessados em investigar as relações entre a participação em atividades culturais e melhorias na saúde e bem-estar²⁰⁻²³. Em consonância com os artigos revisados, a manutenção das tradições culturais herdadas entre as gerações tem proporcionado experiências de afetos positivos, melhor convivência social e fortalecimento dos laços interpessoais¹².

À semelhança, a participação nos diferentes equipamentos culturais aumentou a autoestima e as emoções positivas, assim como reduziu o isolamento social, ansiedade e agitação²¹ e possibilitou a construção de resiliência²⁴. Devido a esses benefícios, pesquisadores destacaram a importância do desenvolvimento de estudos nos patrimônios culturais para a criação de programas de saúde, assim como elaboração de políticas públicas^{21,23}.

Por sua vez, ao considerar os idosos institucionalizados, estudos destacam que nessa modalidade assistencial há relatos de maior isolamento social, perda de identidade e redução dos laços afetivos^{25,26}. Assim, os estudos aqui

apresentados, realizados em instituições de longa permanência parecem se preocupar com a saúde e qualidade de vida dos seus residentes ao manter as tradições culturais.

De forma complementar, pesquisas corroboram com esta revisão integrativa ao reafirmar os benefícios da participação cultural nas funções do corpo. Há relações positivas entre engajamento cultural e proteção para declínios cognitivos, ao manter preservadas, por um tempo mais prolongado, as funções mentais²⁷. No entanto, em idosos com demência, as vivências em museus não apresentaram benefícios sobre as funções cognitivas, mas seus efeitos foram positivos para regulação do humor e promoção das interações sociais²⁸.

Ademais, a redução da taxa de depressão também foi encontrada em idosos que exploravam, de forma tátil, os acervos de museus²⁹, assim como nos adultos e idosos que participavam de concertos, teatros e cinemas³⁰ e, na pesquisa que investigou idosos participantes de corais da comunidade³¹.

A literatura também aponta para benefícios da cultura no comportamento e na percepção da dor. A forte identidade cultural com outros prisioneiros indígenas, associaram a violência à pobre percepção de bem-estar social e emocional que, por sua vez, possuíam associações com os aspectos culturais, espirituais, físicos e/ou sociais^{32,33}. À semelhança, pesquisadores reafirmam relação inversa entre engajamento sociocultural e dor, em que o afeto positivo foi considerado o “analgésico” na vida das pessoas com dores crônicas^{34,35}.

Alguns temas relacionados ao direito universal de vivenciar experiências culturais não foram debatidos nesta revisão integrativa, mas podem servir como recomendações para pesquisas futuras. Não foram encontrados artigos que buscassem identificar as barreiras ambientais e sociais impostas a esses idosos durante a participação em atividades culturais. Ademais, não participaram dos estudos os idosos com deficiências, seja física, mental e/ou sensorial. As políticas de inclusão para as pessoas com deficiência – e aqui, em específico as políticas de inclusão na cultura – são regulamentadas para contribuir para o exercício pleno da cidadania^{36,37}. No entanto, estudos sugerem que as pessoas com

deficiência ainda têm experimentado dificuldades no acesso e na participação aos serviços e equipamentos culturais, decorrentes da falta de acessibilidade, de ordem arquitetônica e/ou atitudinal³⁸. O debate sobre a acessibilidade cultural para o público com necessidades específicas se faz necessário para ampliar o acesso e participação de todos nas atividades culturais.

Em complementariedade, debates entre as condições socioeconômicas³⁸ e/ou experiência educacional¹⁶ e suas relações com o acesso e engajamento cultural, também devem ser melhor discutidos nas produções científicas futuras. Na cultura, oferecer oportunidades de participação cultural para pessoas idosas – com diferentes rendas e níveis educacionais – de forma respeitosa, sem barreiras físicas, de comunicação, informação e de atitude, é uma forma de assumir o compromisso com a democratização da cultura³⁹. Ademais, estudos sobre estratégias para divulgar os direitos culturais, contribuem para uma melhor conscientização sobre os direitos sociais da pessoa idosa.

CONCLUSÃO

Engajar-se em atividades culturais é uma forma de compreender e respeitar a diversidade cultural, resgatar as identidades sociais, usufruir e proporcionar experiências de alto valor social, com impactos benéficos na vida das pessoas idosas.

Na revisão integrativa, verificou-se que os idosos se interessavam mais por atividades culturais receptivas (museus, galerias e teatro). O engajamento cultural esteve associado à proteção das habilidades cognitivas ou redução da incidência de doenças neuropsiquiátricas, de dor crônica e de comportamentos inadequados. À semelhança, a cultura esteve associada à melhor percepção para qualidade de vida, bem-estar, felicidade e afeto positivo.

Ao considerar as questões do envelhecimento na agenda das políticas públicas, verifica-se que esse tema ainda está relacionado à dependência, inatividade, fragilidade e doenças, aspectos esses que são também os mais recorrentes nos estudos e pesquisas na área. Desta forma, o presente estudo – em consonância

com as conferências mundiais, que vêm reforçando a necessidade de ampliação das pesquisas em gerontologia – buscou contribuir com outro enfoque, visando às diferentes necessidades das pessoas idosas. Ressalta-se que os estudos de revisão, tais como este,

constituem um momento inicial para identificar demandas e lacunas em um determinado tema e deles emergem novas possibilidades de investigação.

Editor: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

- Polatajko HL, Molke D, Baptiste S, Doble S, Santha JC, Kirsh B, et al. Occupational science: imperatives for occupational therapy. In: Townsend EA, Polatajko HL. *Enabling occupation II: advancing an Occupational Therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. 2th ed. Toronto: CAOT; 2013. p. 63-82.
- Padilla R. Cultural diversity of aging population. In: Padilla R, Byers-Connon S, Lohman HL. *Occupational Therapy with elders: strategies for de COTA*. 3ª ed. Atlanta: Elsevier; 2012. p.121-34.
- Meriano C, Latella D. Introduction. In: Meriano C, Latella D. *Occupational Therapy Interventions: functions and occupations*. Thorofare: SLACK Incorporated; 2007. p.1-34.
- Shepherd SM, Delgado RH, Sherwood J, Paradie Y. The impact of indigenous cultural identity and cultural engagement on violent offending. *BMC Public Health*. 2018;18(1):50-7.
- Fancourt D, Tymoszuk U. Cultural engagement and incident depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Br J Psychiatr*. 2019;214(4):225-9.
- Fancourt D, Steptoe A. Physical and psychosocial factors in the prevention of chronic pain in older age. *J Pain*. 2018;18(1):1385-91.
- Fancourt D, Steptoe A. Cultural engagement predicts changes in cognitive function in older adults over a 10 year period: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Nature*. 2018;8(1):10226-34.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Dyall L, Kepa M, The R, Mules R, Moyes SA, Wham C, et al. Cultural and social factors and quality of life of Maori in advanced age. *Te puawaitanga o nga tapuwae kia ora tonu – Life and living in advanced age: a cohort study in New Zealand (LiLACS NZ)*. *N Z Med J*. 2014;127(1393):62-79.
- Lai CH. An integrated approach to untangling mediated connectedness with online and mobile media. *Comput Human Behav*. 2014;31(1):20-6.
- Thomson LJM, Chatterjee HJ. Well-being with objects: evaluating a museum object-handling intervention for older adults in health care settings. *J Appl Gerontol*. 2014;24(1):1-14.
- Ejechi EO. Social activities of retired Nigerian academics: the applicability of the continuity theory. *Act Adapt Aging*. 2015;39(1):64-76.
- Rapacciuolo A, Filardi PP, Cuomo R, Mauriello V, Quarto M, Kisslinger A, et al. The impact of social and cultural engagement and dieting on well-being and resilience in a group of residents in the metropolitan area of Naples. *J Aging Res*. 2016;1(1):1-11.
- Annear MJ, Otani J, Sun J. Experiences of Japanese aged care: the pursuit of optimal health and cultural engagement. *Age Ageing*. 2016;45(6):753-6.
- Fancourt D, Steptoe A, Cadar D. Cultural engagement and cognitive reserve: museum attendance and dementia incidence over a 10-year period. *Br J Psychiatr*. 2018;213(5):661-3.
- Goulding A. The role of cultural engagement in older people's lives. *Cult Sociol*. 2018;12(4):518-39.
- Eck NJV, Waltman L. *VOSviewer Manual*. Amsterdam: Universiteit Leiden; 2013.
- Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. *Desenhos de pesquisa*. *Acta Cir Bras*. 2005;20(2):2-9.
- International Council of Museums Brasil. *Museum* [Internet]. [acesso em 20 maio 2019]. São Paulo: ICOM; 2018. Disponível em: <http://www.icom.org.br/?p=1750>
- Renton A. Think of your art-eries: Arts participation, behavioural, cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. *Public Health*. 2012;126(1):57-64.
- Chatterjee HJ, Camic PM. The health and well-being potential of museums and art galleries. *Arts Health*. 2015;7(3):183-6.
- Weziak-Bialowolska D. Attendance of cultural events and involvement with the arts impact evaluation on health and well-being from a Swiss household panel survey. *Public Health*. 2016;139:161-9.

23. Camic PM, Chatterjee HJ. Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspect Public Health*. 2013;133(1):66-71.
24. Gordon-Nesbitt R, Howarth A. The arts and the social determinants of health: findings from an inquiry conducted by the United Kingdom all-party parliamentary group on arts, health and wellbeing. *Arts Health*. 2019;24:1-22.
25. Camacho ACLF, Abreu LTA, Leite BS, Mata ACO, Marinho TF, Valente GSC. Revisão integrativa sobre cuidados de enfermagem à pessoa com doença de Alzheimer e seus cuidadores. *J Res Fundamental Care*. 2013;5(3):186-93.
26. Struckmeyer LR, Pickens ND. Home modifications for people with Alzheimer's disease: a scoping review. *Am J Occup Ther*. 2016;70(1):7001270020 [9 p.].
27. Graves AB, Rajaram L, Bowen JD, McCormick WC, McCurry SM, Larson EB. Cognitive decline and Japanese culture in a cohort of older Japanese Americans in King County, WA: the Kame Project. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 1999;54(3):154-61.
28. Belver MH, Ullán AM, Avila N, Moreno C, Hernández C. Art museums as a source of well-being for people with dementia: an experience in the Prado Museum. *Arts Health*. 2018;10(3):213-26.
29. Solway R, Thompson L, Camic PM, Chatterjee HJ. Museum object handling groups in older adult mental health inpatient care. *Int J Ment Health Promot*. 2015;17(4):201-14.
30. Cuypers K, Krokstad S, Holmen TL, Skjei Knudtsen M, Bygren LO, Holmen J. Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *J Epidemiol Community Health*. 2011;66(8):698-703.
31. Coulton S, Clift S, Skingley A, Rodriguez J. Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: randomised controlled trial. *Br J Psychiatr*. 2015;207(3):250-5.
32. Trofimovs J, Dowse L. Mental health at the intersections: the impact of complex needs on police contact and custody for Indigenous Australian men. *Int. J. Law Psychiatry*. 2014;37(1):390-8.
33. Shepherd SM, Ogloff JRP, Shea D, Pfeifer JE, Paradies Y. Aboriginal prisoners and cognitive impairment: the impact of dual disadvantage on Social and Emotional Wellbeing. *J Intellect Disabil Res*. 2017;61(4):385-97.
34. Owaria Y, Miyatake N. Relationship between chronic low back pain, social participation, and psychological distress in elderly people: a pilot mediation analysis. *Acta Med Okayama*. 2018;72(4):337-42.
35. Finan PH, Garland EL. The role of positive affect in pain and its treatment. *Clin J Pain*. 2015;31(2):177-87.
36. Brasil. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2000. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm
37. Brasil. Decreto n 9.522, de 08 de outubro de 2018. Promulga o Tratado de Marraqueche para facilitar o acesso a obras publicadas às pessoas cegas, com deficiência visual ou com outras dificuldades para ter acesso ao texto impresso, firmado em Marraqueche, em 27 de junho de 2013. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9522.htm
38. Dorneles PS, Carvalho CRA, Silva ACC, Mefano V. Do direito cultural das pessoas com deficiência. *Rev Polit Públicas*. 2018;22(1):139-56.
39. Molenzani AO, Rocha JN. Acessibilidade nos museus e centros de ciências da cidade de São Paulo. *Rev EDICC*. 2017;3(3):3-14.



Insatisfação com a vida e fatores associados em idosos residentes na comunidade

Dissatisfaction with life and associated factors in older community-dwelling adults

Annelita Almeida Oliveira Reiners¹ 
Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo¹ 
Joana Darc Chaves Cardoso¹ 
Mariano Martinez Espinosa² 
Aenne Zandonadi Rodrigues Santana¹ 

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência de insatisfação com a vida e fatores sociodemográficos associados. **Método:** Estudo transversal, de base populacional. A coleta dos dados foi realizada utilizando-se o questionário *Brasil Old Age Schedule* (BOAS). Foram entrevistados 573 idosos da zona urbana selecionados por meio de amostragem por conglomerados, estratificada por sexo. A análise bivariada foi realizada por meio do teste qui-quadrado e razão de prevalência com intervalo de confiança (IC) de 95%. Para a análise multivariada foi aplicada o modelo de regressão de *Poisson* Robusto. A entrada das variáveis no modelo foi realizada utilizando o método *backward*. **Resultados:** A prevalência de insatisfação com a vida foi de 15,53%. A insatisfação com a vida está associada ao sexo feminino (RP=1,54; IC 95%: 1,02; 2,32), ser analfabeto (RP=2,57; IC95%: 1,44; 4,60), ter até 4 anos de estudo (RP=1,79; IC95%: 1,01; 3,18) e possuir renda menor que dois salários mínimos (RP=3,29; IC95%: 1,29; 8,42). Na análise multivariada, ser do sexo feminino (RP=1,50; IC95%: 1,01; 2,25), ser analfabeto (RP=2,54; IC95%: 1,42; 4,54) e ter até 4 anos de estudo (RP=1,77; IC95%: 0,99; 3,14) permaneceram associados a insatisfação com a vida. **Conclusão:** A prevalência de insatisfação com a vida é baixa. A insatisfação com a vida foi associada ao sexo, a escolaridade e a renda, de maneira bivariada. O sexo e a escolaridade foram preditores da insatisfação com a vida das pessoas idosas avaliadas. Esses achados reforçam a necessidade de ações para promover a igualdade social entre homens e mulheres e favorecer o acesso dos idosos a educação.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Satisfação Pessoal. Promoção da Saúde.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem. Cuiabá, MT, Brasil.

² Universidade Federal de Mato Grosso, Departamento de Estatística. Cuiabá, MT, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Joana Darc Chaves Cardoso
joanadarcchavescardoso@gmail.com

Recebido: 09/10/2019
Aprovado: 05/06/2020

Abstract

Objective: To analyze the prevalence of dissatisfaction with life and associated sociodemographic factors. **Method:** A cross-sectional, population-based study was carried out. Data collection was performed using the Brazil Old Age Schedule (BOAS) questionnaire. A total of 573 older adults from the urban area were interviewed, selected through cluster sampling, stratified by sex. Bivariate analysis was performed using the chi-square and prevalence ratio with a 95% confidence interval (CI). For multivariate analysis, the Poisson Robust regression model was applied. Variables were entered into the model using the backward method. **Results:** The prevalence of dissatisfaction with life was 15.53%. Dissatisfaction with life was associated with women (PR=1.54; 95% CI: 1.02; 2.32), being illiterate (PR=2.57; 95% CI: 1.44; 4.60), having up to four years of schooling (PR=1.79; 95% CI: 1.01; 3.18) and having an income of less than two minimum wages (PR=3.29; 95% CI: 1.29; 8.42). In the multivariate analysis, being female (PR=1.50; 95% CI: 1.01; 2.25), being illiterate (PR=2.54; 95% CI: 1.42; 4.54) and having up to four years of schooling (PR=1.77; 95% CI: 0.99; 3.14) remained associated with dissatisfaction with life. **Conclusion:** the prevalence of dissatisfaction is low. Dissatisfaction with life was associated with sex, education and income, in a bivariate manner. Sex and education were predictors of dissatisfaction with life. These findings reinforce the need for actions to promote social equality between men and women and to facilitate the access of older adults to education.

Keywords: Health of the Elderly. Personal Satisfaction. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a discussão sobre a satisfação que as pessoas têm com a vida vem crescendo¹ e isso é particularmente relevante para a gerontologia na medida em que está intimamente ligado ao envelhecimento saudável. A maioria dos estudos relacionados a essa temática tem sido realizada em países desenvolvidos^{2,3} e só recentemente passaram a ser alvo de interesse nos países em desenvolvimento^{4,5}.

Nesses países, o envelhecimento da população está ocorrendo de forma rápida, trazendo implicações para diversas áreas da sociedade⁶. Em decorrência disso, políticas públicas e de saúde têm sido criadas e buscam dar suporte a essa parcela da população. Nesse contexto, a análise da satisfação com a vida dos idosos é de interesse, na medida em que traz subsídios para o alcance dos objetivos propostos nessas políticas. Além disso, fornece informações adicionais sobre especificidades dos idosos que vivem em países com configurações econômicas e sociais distintas dos países desenvolvidos.

A satisfação com a vida é o julgamento subjetivo que alguém faz sobre sua própria vida e constitui-se como importante indicador da qualidade de

vida de uma pessoa⁷ influenciado por fatores sociodemográficos, econômicos, de saúde, entre outros⁸⁻¹⁰. É um fenômeno complexo, avaliado no todo ou em relação a um aspecto específico da vida e/ou saúde das pessoas.

Nas pesquisas realizadas com idosos, os autores têm investigado a satisfação desse grupo com a vida em geral^{8,9}, bem como com relação a determinados aspectos da vida, por exemplo, a idade avançada, a saúde física, relações familiares e capacidade de resolver problemas^{8,10}.

No Brasil, ainda é escassa a literatura sobre satisfação com a vida na população idosa^{8,9}. Especificamente, não foi encontrada investigação com foco na insatisfação com a vida dessa parcela da população. Estudos desse tipo são relevantes, haja vista poderem revelar aspectos que trazem insatisfação, bem como podem repercutir de forma direta na vida e no bem-estar dos idosos.

Assim, questiona-se: *Qual a prevalência de idosos insatisfeitos? Quais fatores estão associados à insatisfação dos idosos com a vida?* Frente ao exposto, o objetivo deste estudo é analisar a prevalência de insatisfação com a vida e fatores sociodemográficos associados em idosos residentes na comunidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, de inquérito domiciliar, realizado no município de Cuiabá, MT, Brasil, com uma população de 45.632 idosos¹¹. Foram incluídas no estudo todas as pessoas com 60 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana do município. Não participaram idosos institucionalizados (Instituição de Longa Permanência para Idosos, hospitais, presídios, conventos, albergues e casas de apoio), idosos que apresentavam dificuldades cognitivas, como alterações na orientação, memória, atenção e linguagem avaliadas pelo Miniexame de Estado Mental (MEEM) ou qualquer outra condição que os impedisse de responder as perguntas.

A amostragem foi do tipo probabilística e para determinar o tamanho da amostra foi considerada uma população finita, utilizando a seguinte expressão:

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)} \quad (1)$$

onde n^* é dado pela expressão (2):

$$n^* = \frac{p(1-p)}{V(p)}, \quad (2)$$

Com $V(p) = (d/z)^2$ onde p é a proporção da característica a ser estimada, z o valor na curva normal padrão, correspondente ao coeficiente de confiança utilizado, d o erro de amostragem e N o tamanho da população estudada. Foi considerado coeficiente de confiança de 95% ($z=1,96$); erro de amostragem de 5,00% e adotado um valor para a proporção de 0,5 ($p=0,5$), o que possibilitou determinar maior aproximação para o valor da variância da característica na população, desta maneira, maior tamanho da amostra. Assim, utilizando o número de idosos residentes na zona urbana de Cuiabá ($N=43.096$) e a expressão (1), o tamanho aproximado da amostra mínima foi de 381 idosos.

A partir da amostragem por conglomerados foi considerado um efeito de desenho usual de 1,5, ou seja, uma correção no tamanho de amostra de 50% para atingir a precisão desejada da pesquisa, totalizando 573 idosos.

Para determinar a quantidade de idosos a serem entrevistados nos distritos urbanos do município, foi considerada a quantidade total de idosos de cada um e realizada uma estratificação por sexo da seguinte forma: Distrito Cuiabá: 288 idosos (124 homens e 163 mulheres); Distrito Coxipó da Ponte: 285 idosos (130 homens e 156 mulheres).

A quantidade de setores censitários a serem visitados em cada distrito foi determinada pela utilização da amostragem por conglomerados, usando o seguinte cálculo:

$$c_i = \frac{N_i}{C_i} * n_i$$

onde c_i é o número de setores censitários a serem visitados em cada distrito ($i=1$ ou 2), N_i o número de idosos em cada distrito, C_i o número de setores em cada distrito e n_i o número de idosos na amostra em cada distrito. Assim, de 355 setores censitários do Distrito Cuiabá foram selecionados 5 e de 437 do Distrito Coxipó da Ponte selecionou-se 6, totalizando 11 setores censitários.

Ao definir o número de setores censitários sorteados em cada distrito, foi definido o critério de probabilidade proporcional ao tamanho da população de cada setor censitário para as probabilidades de sorteio de cada uma, pois elas possuem um número diferente de idosos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando o Questionário BOAS (*Brasil Old Age Schedule*)¹². Trata-se de um instrumento multidimensional, composto por nove seções sobre diversos aspectos da vida e saúde dessa população.

As entrevistas foram realizadas por pessoas treinadas e foram utilizadas estratégias para garantir a confiabilidade dos dados (confeção de manual de coleta de dados, padronização da forma de coleta, seleção e treinamento dos entrevistadores e o acompanhamento direto das pesquisadoras em campo e revisão semanal do preenchimento dos questionários).

As variáveis analisadas neste estudo foram: variável dependente: satisfação com a vida, obtida

a partir da questão: *Como o Sr(a) se sente em relação a sua vida no geral?* e categorizada em Satisfeito e Insatisfeito. Variáveis independentes: sociodemográficas - sexo (masculino; feminino), idade (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e mais), anos de estudo (mais de 4 anos de estudo; até 4 anos de estudo, analfabeto), estado conjugal (casado(a)/tem companheiro(a); solteiro(a)/divorciado(a); viúvo (a)), renda (mais de 3 salários mínimos; 2 a 3 salários mínimos; menos de 2 salários mínimos), trabalha atualmente (sim; não), arranjo domiciliar (mora sozinho; mora acompanhado) e presença de filhos (sim; não).

Os dados obtidos foram organizados e processados em um banco de dados com o auxílio de programa estatístico.

Inicialmente as associações entre a variável dependente e as variáveis independentes foram avaliadas de maneira bivariada, por meio do teste qui-quadrado e a razão de prevalência (razão de prevalência bruta (RP) com seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%). A seguir utilizou-se o modelo de regressão de *Poisson* para avaliar a associação multivariada entre a variável desfecho e as variáveis independentes, obtendo as prevalências ajustadas. Neste modelo entraram todas as variáveis independentes ou fatores que na análise

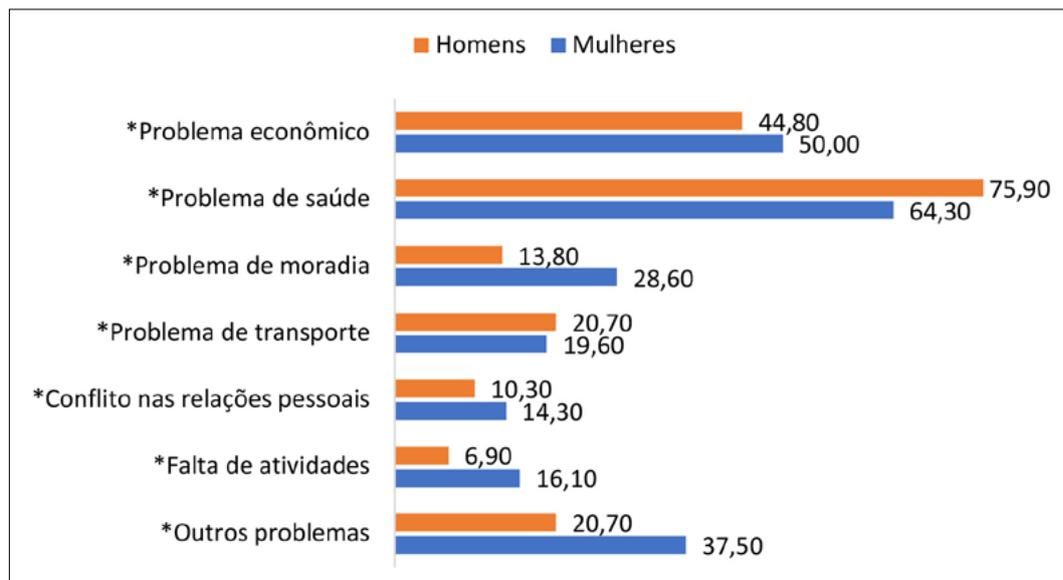
bivariada apresentaram $p < 0,20$. Para a entrada das variáveis no modelo foi utilizado o método *backward*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller com o protocolo número 135 CEP- HUIJM/11. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na população estudada (n=573), 319 (55,67%) eram do sexo feminino e 254 (44,33%) do sexo masculino. A idade dos idosos variou entre 60 e 112 anos (IC 95%=70,86; 72,24), média de 71,55 ($\pm 8,38$) anos, 268 (54,10%) idosos estavam na faixa etária de 60 a 69 anos. Em relação ao estado conjugal, 310 (54,10%) eram casados ou tinham companheiros e 416 idosos (72,60%) sabiam ler e escrever.

Referente à satisfação dos idosos com a vida no geral, 484 (84,47%) referiram estar satisfeitos. A insatisfação com a vida foi referida por 89 idosos (15,53%) e os principais motivos de insatisfação foram problemas de saúde (75,90%, homens e 64,30%, mulheres) e problemas econômicos (44,80%, homens e 50,00%, mulheres) (Figura 1).



*Variável de múltipla escolha, o idoso pode escolher mais de um motivo de insatisfação com a vida.

Figura 1. Motivos de insatisfação com a vida dos idosos segundo sexo. Cuiabá, MT, 2012.

Os fatores de risco para insatisfação com a vida foram: ser do sexo feminino, ser analfabeto, ter até 4 anos de estudo e possuir renda menor que 2 salários mínimos. As mulheres exibiram prevalência de insatisfação com a vida de 18,24% e 0,54 vezes mais risco de serem insatisfeitas do que os homens ($p=0,036$). Idosos com até 4 anos de estudo tinham 0,79 vezes mais risco de estar

insatisfeitos com a vida, quando comparado aos idosos com mais de 4 anos de estudo e um risco de 1,57 vezes maior para os analfabetos ($p=0,042$, $p\leq 0,001$, respectivamente). Quanto à renda, idosos com menos de 2 salários mínimos apresentaram 2,29 vezes mais risco de estarem insatisfeitos com a vida que aqueles com mais de 3 salários mínimos ($p=0,007$) (Tabela 1).

Tabela 1. Associação da insatisfação com a vida entre idosos e as características sociodemográficas (N= 573). Cuiabá-MT, 2012.

Variáveis	Satisfação com a vida		RPb	IC 95%	p
	Insatisfeito N (%)	Satisfeito N (%)			
Sexo					
Masculino	30 (11,81)	224 (88,19)	1,00		
Feminino	59 (18,50)	260 (81,50)	1,54	[1,02; 2,32]	0,036
Idade (anos)					
60 – 69	45 (16,79)	223 (83,21)	1,00		
70 – 79	30 (14,85)	172 (85,15)	0,89	[0,58; 1,36]	0,583
80 ou mais	14 (13,59)	89 (86,41)	0,81	[0,47; 1,42]	0,460
Anos de estudo					
Mais de 4	14 (8,75)	146 (91,25)	1,00		
Até 4	40 (15,63)	216 (84,38)	1,79	[1,01; 3,18]	0,042
Analfabeto	35 (22,29)	122 (77,71)	2,57	[1,44; 4,60]	<0,001
Estado conjugal					
Casado/União estável	43 (13,87)	267 (86,13)	1,00		
Viúvo	35 (20,00)	140 (80,00)	1,47	[0,98; 2,21]	0,067
Solteiro/Separado/ Divorciado	11 (12,50)	77 (87,50)	0,92	[0,49; 1,70]	0,782
Renda (salário mínimo)					
Mais de 3	5 (5,38)	88 (94,62)	1,00		
2 a 3	66 (15,53)	359 (84,47)	1,77	[0,74; 4,21]	0,176
Menos de 2	18 (32,73)	37 (67,27)	3,29	[1,29; 8,42]	0,007
Trabalha atualmente					
Sim	16 (11,35)	125 (88,65)	1,00		
Não	73 (16,90)	359 (83,10)	1,48	[0,89; 2,45]	0,124
Arranjo familiar					
Mora acompanhado	78 (15,26)	433 (84,74)	1,00		
Mora sozinho	11 (17,74)	51 (82,26)	1,09	[0,60; 1,99]	0,776
Presença de filhos					
Sim	86 (16,10)	448 (83,90)	1,00		
Não	3 (7,69)	36 (92,31)	0,34	[0,09; 1,31]	0,081

RPb: Razão de prevalência bruta, IC 95%: Intervalo de confiança de 95%, p: Nível de significância considerando a distribuição do qui-quadrado.

Na análise multivariada, as variáveis que se mantiveram associadas a insatisfação com a vida foram sexo e anos de estudo (Tabela 2). As mulheres apresentaram 0,50 vezes mais risco de insatisfação com a vida quando comparadas aos homens. Idosos

analfabetos apresentaram 1,54 vezes mais risco de estarem insatisfeitos com a vida que aqueles com mais de 4 anos de estudo e, aqueles com até quatro anos de estudo apresentam 0,77 mais risco (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da prevalência de insatisfação com a vida e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada por regressão de Poisson Robusta, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método *backward* (N= 573). Cuiabá-MT, 2012.

Variáveis	RPa	IC 95%	Valor p
Sexo			
Masculino	1,00	-	-
Feminino	1,50	1,01 a 2,25	0,049
Anos de estudo			
Mais de 4	1,00	-	-
Até 4	1,77	0,99 a 3,14	0,053
Analfabeto	2,54	1,42 a 4,54	0,002

RPa : Razão de Prevalência ajustada no modelo de regressão de Poisson com seleção de variáveis, *Significante ao nível de 5%, IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

A prevalência de insatisfação com a vida encontrada neste estudo (15,53%) é similar a outros achados de estudos realizados no Brasil. Em um município do interior da Bahia, 14,2% dos idosos pesquisados diziam-se insatisfeitos¹³, assim como 18% dos idosos de Belo Horizonte¹⁴. Esse resultado também é semelhante ao de um estudo realizado no Nepal, no qual os autores encontraram 21% de idosos insatisfeitos com a vida¹⁵. Esses achados mostram que, no geral, uma pequena parcela da população tende a estar insatisfeita com sua vida.

A satisfação com a vida pode ser avaliada de diferentes maneiras, considerando-se os aspectos objetivos, como: trabalho, renda, escolaridade, acesso a serviços e a capacidade de consumo, questões econômicas, políticas e profissionais^{4,16}.

Outro aspecto também considerado quando as pessoas são questionadas sobre sua satisfação com a vida são os aspectos subjetivos, pois eles envolvem componentes afetivos e cognitivos¹⁷. Na velhice, considerando as alterações características

do envelhecimento, a avaliação dos idosos sobre suas vidas pode ser influenciada por diminuição desses componentes^{16,18}.

Entretanto, pesquisas tem revelado que as pessoas mais velhas tendem a julgar positivamente as suas vidas ponderando-a ao longo do tempo, comparando-a com a vida de outras pessoas, considerando sua capacidade de controle sobre o ambiente e sobre si mesmo, assim como sua saúde, renda, rede social, entre outros fatores¹⁴. Assim, a baixa prevalência de idosos insatisfeitos com sua vida pode estar relacionada ao fato de que diversos elementos foram levados em consideração nas avaliações do grupo estudado.

Evidências mostram que algumas variáveis sociodemográficas, como sexo feminino¹⁹, estado civil viúvo¹⁹, baixa renda¹⁹, baixa escolaridade^{19,20} estão associadas a insatisfação com a vida. Neste estudo, o sexo feminino permaneceu positivamente associado à insatisfação com a vida. Esse resultado é condizente ao de outras pesquisas^{9,19}. No caso das mulheres, várias condições, como o casamento, a gestação, a educação dos filhos, a saúde, o trabalho e

a desigualdade socioeconômica, podem influenciar na maneira como elas se sentem em relação à sua vida^{8,21,22}.

Outro achado importante deste estudo foi que as mulheres relataram maior insatisfação com a vida devido a problemas de saúde e econômicos. Esse resultado também foi encontrado em pesquisas anteriores realizadas com idosas^{8,19}. As mulheres são mais acometidas por morbidades crônicas e incapacitantes^{23,24}. Maior longevidade expõe as mulheres por mais tempo aos efeitos deletérios das doenças²⁵. Quanto aos problemas econômicos, isso pode estar relacionado ao fato de as idosas geralmente terem renda mais baixa, o que as expõem à desigualdade social^{24,26}.

Contudo, investigações constataam que nem sempre a insatisfação com a vida está relacionada ao sexo feminino^{16,27}. Isso pode ocorrer pelas diferenças que homens e mulheres atribuem às suas vidas, como valores e percepções, além dos diferentes papéis que ocupam na sociedade²⁴.

A forte associação entre a insatisfação com a vida e anos de estudo encontrada nesta investigação, pode estar relacionada a influência que a educação exerce sobre a satisfação das pessoas com a vida^{14,19}. Ter mais anos de estudo favorece o acesso a informações e ao mercado de trabalho, exercício da profissão com melhor remuneração, consequentemente, melhor qualidade de vida e saúde⁴.

É importante enfatizar que a população deste estudo é predominantemente de baixa escolaridade. São pessoas que viveram seus anos de formação escolar numa época que o incentivo ao estudo e o acesso à educação formal não eram estimulados. Isso acontecia com as mulheres que usualmente eram criadas para o casamento e cuidado dos filhos^{24,28}. Assim, o grupo estudado pode não ter tido as oportunidades e benefícios que a educação formal pode oferecer e é possível que essa situação tenha contribuído para a sua avaliação insatisfatória da vida.

Diferente do esperado, pela frequência com a qual aparece em estudos, a renda associou-se a insatisfação com a vida, porém quando analisada no modelo, esta perde o efeito, permanecendo apenas o sexo e a escolaridade. De acordo com a literatura¹⁴, foi encontrada correlação mais elevada entre satisfação

com a vida e renda do que com a educação. Para os autores a associação entre a satisfação com a vida e a renda pode ser explicada pela influência desta na qualidade de vida das pessoas.

No caso das pessoas mais velhas, melhor renda pode significar maior acesso a bens que proporcionam maior qualidade de vida e saúde nessa fase da vida. Ademais, maiores níveis de escolaridade podem melhorar o conhecimento dos idosos sobre escolhas mais adequadas para sua vida e saúde, hábitos de vida saudáveis, acesso a informações e serviços e, maior renda. Contudo, diante de recursos econômicos insuficientes, isso pode não permitir a uma pessoa mais velha se beneficiar dessas opções¹⁴.

O presente estudo apresenta importantes resultados sobre a vida de idosos de um país em desenvolvimento. Neste sentido, contribui para ampliar o conhecimento científico que se tem sobre os idosos desses países e sua qualidade de vida. Na medida em que mostra a prevalência de insatisfação com a vida de idosos e os fatores associados a ela, subsidia outros estudos na construção de maior entendimento sobre o processo de envelhecimento. Além disso, o estudo inclui uma amostra ampla e representativa de idosos residentes em uma área urbana, o que permite generalizações para a população de referência do estudo.

O presente estudo apresenta limitação. Não incluiu pessoas que moram na zona rural, consequentemente seus resultados se aplicam apenas a idosos que residem em áreas urbanas. Pode ser que idosos vivendo em zona rural avaliem suas vidas de modo diferente.

CONCLUSÃO

A prevalência de insatisfação deste estudo foi de 15,53%. Na análise bivariada, as categorias associadas à insatisfação com a vida foram: ser do sexo feminino, possuir até quatro anos de estudo, ser analfabeto e ter renda menor que 2 salários mínimos. Quando analisadas em conjunto, na análise multivariada, a renda perdeu o efeito, permanecendo no modelo final apenas: ser do sexo feminino, ser analfabeto e ter até 4 anos de estudo. Assim, as variáveis sexo e escolaridade foram preditoras da insatisfação com a vida.

Ações que promovam igualdade social entre homens e mulheres, como a equiparação de renda, são necessárias para melhorar a satisfação com a vida dos idosos. Além disso, é imprescindível criar estratégias para facilitar e favorecer o acesso dos idosos a serviços de educação.

Os resultados deste estudo fornecem contribuições importantes para a literatura sobre satisfação com a vida realizada em países em desenvolvimento, uma vez que traz informações sobre as especificidades desses idosos. Considerando tais especificidades, o governo e os profissionais de saúde podem promover estratégias para melhorar as condições de vida dos idosos, a partir de grupos

em unidades de saúde e centros de convivências, objetivando desenvolver atividades que permitam discutir gênero, garantir acesso à educação formal e financeira.

AGRADECIMENTOS

À Cecília Victorazzo Louzada (*in memoriam*), por sua efetiva contribuição na construção do estudo, por meio da elaboração das seguintes atividades: concepção e planejamento do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO regional office for Europe. Paris: WHO; 2013.
2. Boyce CJ, Delaney L, Wood AM. The great recession and subjective well-being: how did the life satisfaction of people living in the United Kingdom change following the financial crisis? *Plos One*. 2018;13(8):e0201215 [17p].
3. Hong JH, Charles ST, Lee IS, Lachman ME. Perceived changes in life satisfaction from the past, present and to the future: a comparison of U.S. and Japan. *Psychol Aging*. 2019;34(3):317-29.
4. Ribeiro PCC, Almada DSQ, Souto JF, Lourenço RA. Permanence in the labour market and life satisfaction in old age. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(8):2683-92.
5. Lan X, Xiao H, Chen Y, Zhang X. Effects of life review intervention on life satisfaction and personal meaning among older adults with frailty. *J Psychosoc Nurs Mental Health Serv*. 2018;56(7):30-6.
6. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
7. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of american life: perceptions, evaluations, and satisfactions. [no place]: Russell Sage Foundation;1976. p 171-208.
8. Mantovani EP, de Lucca S, Neri AL. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(2):203-22.
9. Cachioni M, Delfino LL, Yassuda MS, Batistoni SST, de Melo RC, Domingues MARC. Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):340-52.
10. Parente L, Cunha M, Galhardo A, Couto M. Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Port J Behav Soc Res*. 2018;4(1):3-13.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
12. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UNATI; 2008.
13. da Silva IT, Pinto Junior EP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):275-87.
14. Vaz CT, Andrade ACS, Proietti FA, Xavier CC, Friche AAL, Caiaffa WT. A multilevel model of life satisfaction among old people: individual characteristics and neighborhood physical disorder. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-12.
15. Ghimire S, Baral BK, Karmacharya I, Callahan K, Mishra SR. Life satisfaction among elderly patients in Nepal: associations with nutritional and mental well-being. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(118):1-10.
16. Ng ST, Tey NP, Asadullah MN. What matters for life satisfaction among the oldestold? Evidence from China. *PLoS ONE*. 2017;12(2):1-12.

17. John PDS, Mackenzie C, Menec V. Does life satisfaction predict five-year mortality in community-living older adults? *Aging Ment Health*. 2015;19(4):363-70.
18. Banhato EFC, Ribeiro PC, Guedes DV. Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. *Rev HUPE*. 2018;17(2):16-24.
19. Róman XAS, Toffoletto MC, Sepúlveda JCO, Salfate SV, Grandón KLR. Factors associated to subjective wellbeing in older adults. *Texto contexto Enferm*. 2017;26(2):e5460015(10p).
20. Zhang H, Wang Y, Wu D, Chen J. Evolutionary path of factors influencing life satisfaction among chinese elderly: a perspective of data visualization. *Data*. 2018;3(35):1-10.
21. Meisenberg G, Woodley MA. Gender differences in subjective well-being and their relationships with gender equality. *J Happiness Stud*. 2015;16:1539-55.
22. Ostan R, Monti D, Guerresi P, Bussolotto M, Franceschi CC, Baggio G. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clin Sci*. 2016;130(19):1711-25.
23. Nunes BP, Batista SRR, de Andrade FB, de Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Fachini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(2):1-12.
24. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *J Res Fundam Care*. 2018;10(1):97-105.
25. Fariás-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017290 (14p).
26. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(11):e00173317 (16p).
27. Celik SS, Celik Y, Hikmet N, Khan MM. Factors affecting life satisfaction of older adults in Turkey. *Int J Aging Hum Dev*. 2018;87(4):392-414.
28. dos Santos-Orlandi AA, de Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170013 (8 p).



Negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa em um estado brasileiro: análise das notificações de 2011 a 2018

Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018

Gracielle Pampolim^{1,2} 
Franciele Marabotti Costa Leite¹ 

Resumo

Objetivo: Identificar as prevalências de negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa e a associação com as características da vítima, agressor e agressão, no Espírito Santo, Brasil. **Métodos:** estudo transversal, com dados de notificações de negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa registrados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação do Espírito Santo entre 2011-2018. Análises foram conduzidas segundo o tipo de violência, as variáveis independentes foram compostas pelas características da vítima, do agressor e da agressão. Para análise multivariada, foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** No período do estudo houve a notificação de 296 casos de negligência (18,1%; IC95%:16,31-20,04), e, 193 casos de violência psicológica (11,8%; IC95%:10,32-13,46). A negligência foi mais prevalente contra a pessoa idosa com 80 anos ou mais de idade, de cor preta, com companheiro(a) e deficiência, mais frequentemente cometida por filhos das vítimas, de ambos os sexos, na residência, em zona urbana, de forma crônica e sem motivação. A violência psicológica esteve associada ao sexo feminino, perpetrada por alguém do sexo masculino, após consumo alcoólico, motivado por intolerância, na zona urbana e de forma crônica. **Conclusões:** As características da vítima, agressor e agressão estiveram associadas à ocorrência da negligência e violência psicológica de forma distinta para cada agravo. Muitas vezes essas violências são cometidas de forma velada e, assim, subnotificadas. Acredita-se que com a difusão do conhecimento e a realização de novos estudos será possível contribuir para o enfrentamento, monitoramento e prevenção desse agravo.

Palavras chave: Violência. Maus-tratos ao Idoso. Saúde do Idoso. Notificação de Abuso. Sistemas de informação.

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

² Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Departamento de Fisioterapia. Vitória, ES, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Gracielle Pampolim
graciellepampolim@hotmail.com

Recebido: 20/11/2019
Aprovado: 06/07/2020

Abstract

Objective: to identify the prevalence of neglect and psychological abuse of older adults and their associations with the characteristics of the victim, the aggressor and the type of aggression in Espírito Santo, Brazil. **Method:** a cross-sectional study, with data on reports of neglect and psychological abuse of older adults registered in the Espírito Santo Reports of Disease and Harm Information System between 2011-2018. Analyses were conducted according to the type of abuse and the independent variables were composed of the characteristics of the victim, the aggressor and the type of aggression. For multivariate analysis, Poisson Regression with robust variance was used. **Results:** during the study period, 296 cases of neglect (18,1%; CI95%: 16,31-20,04) and 193 cases of psychological abuse (11,8%; CI95%: 10,32-13,46) were reported. Neglect was more prevalent against older adults aged 80 years and over, who were black, had a partner, and were disabled, and was often committed by the victim's son(s) or daughter(s), in their home, in urban areas, in an unmotivated and chronic manner. Psychological abuse was associated with women, perpetrated by men, after alcohol consumption, motivated by intolerance, in the urban area and carried out in a chronic manner. **Conclusion:** the characteristics of the victim, aggressor and aggression were associated with the occurrence of negligence and psychological abuse differently for each type of abuse. Such abuse is often committed in a veiled manner, and thus goes underreported. It is believed that with the diffusion of knowledge and the carrying out of new studies will contribute to the confrontation, monitoring and prevention of this disease.

Keywords: Violence. Elder Abuse. Health of the Elderly. Mandatory Reporting. Information Systems.

INTRODUÇÃO

A violência contra a pessoa idosa pode ser subdividida em física, psicológica, sexual, financeira ou negligência, e conceitualmente se refere a qualquer tipo de ação única ou repetida, que resulte em lesão ou sofrimento ao idoso¹. A violência pode ainda ser entendida como visível, quando causa mortes ou lesões físicas, ou invisível, por não provocar lesões aparentes².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é responsável pela baixa qualidade de vida, distúrbios emocionais, estresse psicológico, isolamento, lesões e traumas físicos, além de aumentar o risco para internações hospitalares ou em casas de repouso, podendo resultar em óbito¹.

A negligência é definida como a recusa, omissão ou insuficiência de cuidados adequados primordiais, como alimentação e cuidados com a saúde, prestados aos idosos por parte de familiares, cuidadores, responsáveis legais ou institucionais. Enquanto a violência psicológica é conceitualmente todo ato de agressão verbal ou gestual que provocam sofrimento emocional, aflição e angústia no idoso, além de cobranças exageradas e punições humilhantes³.

A prevalência mundial de violência contra a pessoa idosa está entre 14,3 e 15,7%, variando consideravelmente de acordo com o tipo de agravo^{4,5}, onde nota-se que 11,6% das agressões são do tipo psicológico e 4,2% negligência⁵. Nas capitais brasileiras a prevalência de violência contra o idoso varia entre 12,4% a 14,4%^{6,7}, sendo a psicológica a mais frequente representando 10,7% dos casos⁷.

Quando se analisa os casos notificados do Brasil, a violência psicológica e negligência sempre figuram entre os principais tipos de violência registrados, comumente precedidas pela violência física^{8,9}. O boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, que trouxe dados sobre a violência contra a pessoa idosa no Brasil, destacou a violência psicológica e a negligência, com frequências de 29% e 28%, respectivamente¹⁰.

Apesar dos números expressivos, vale ressaltar que, como afirmado pela OMS, a violência contra o idoso é muito mais intensa e presente na sociedade do que se é possível registrar pelas estatísticas. Estima-se que no mundo apenas 1 em 24 casos de abuso contra a pessoa idosa é notificado¹¹. Importante destacar que, muitas vezes, os sentimentos de culpa e vergonha do idoso maltratado, associado ao medo de retaliação

e represália por parte do agressor, fazem com que não notifique a violência sofrida².

Deste modo, diante do exposto, e entendendo a importância de desvelar a violência contra a pessoa idosa, a fim de contribuir para o melhor entendimento e, conseqüentemente, auxiliar na prevenção e enfrentamento desse agravo, este estudo teve por objetivo identificar as prevalências de negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa e a associação com as características da vítima, agressor e agressão, no Espírito Santo, Brasil.

MÉTODOS

Foi conduzido um estudo epidemiológico, analítico do tipo transversal, utilizando dados das notificações de violência contra o idoso registrados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), no estado do Espírito Santo, Brasil entre anos de 2011 e 2018.

Compondo a região sudeste do Brasil, o Espírito Santo é um estado que apresenta pouco mais de 46 mil/Km² de extensão territorial e cerca de 3,9 milhões de habitantes. Dividido em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte, o estado vem sofrendo uma notável modificação na estrutura etária populacional, com um importante crescimento da população idosa, como também é observado na realidade nacional¹².

A seleção do período para o estudo deu-se em razão do seguinte motivo: a partir de 2011 a violência passou a fazer parte da lista de agravos de notificação compulsória¹³. O monitoramento dos casos de violência é instrumentalizado através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, que contém informações referentes ao perfil da vítima e do agressor, características da violência e encaminhamentos realizados. Essa ficha é preenchida nas diversas fontes notificadoras, incluindo os serviços de saúde, em duas vias, que permanecem uma com o setor notificador e a outra com o setor responsável pela Vigilância Epidemiológica do município, onde os dados são digitados no sistema e posteriormente transferidos para as esferas estadual e federal, para composição da base de dados nacional¹⁴.

A população em estudo é composta por todos os casos de violência psicológica e negligência praticadas contra indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, notificadas no estado do Espírito Santo, entre os anos de 2011 e 2018. Para realização das análises estatísticas, o banco de dados passou por cuidadosa análise exploratória, seguindo as diretrizes do Instrutivo de Notificação Interpessoal e Autoprovocada¹⁴, para correção de possíveis erros e inconsistências.

Como desfechos em estudo foram analisados os dois tipos de violências interpessoal: psicológica (sim/não) e negligência (sim/não). As variáveis independentes foram: características da vítima – idade (60 a 69 anos/ 70 a 79 anos/ 80 anos ou mais), sexo (masculino/feminino), cor (branca/preta/parda), escolaridade (0 a 4 anos/ 5 a 8 anos/ 9 anos ou mais), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro) e presença de deficiência/transtorno (sim/não); características do agressor – idade em anos (0 a 19/ 20 a 59/ 60 ou mais), sexo (masculino/feminino/ambos), vínculo (filhos/ parceiros/ outros) e suspeita de uso de álcool (sim/não); e características da agressão – número de envolvidos (um/ dois ou mais), se ocorreu na residência (sim/não), turno (manhã/ tarde/ noite/ madrugada), histórico de repetição (sim/não), zona (urbana ou rural), motivação por intolerâncias (sim/não) e encaminhamentos (sim/não).

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva em frequência bruta, relativa e seus intervalos de confiança de 95%. As análises bivariadas foram conduzidas por meio do teste qui-quadrado, com nível de significância de $p < 0,05$. A associação entre as variáveis foi testada por meio da regressão de Poisson com variância robusta expresso em Razão de Prevalência (RP) bruta e ajustada, e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para análise ajustada a entrada no modelo aconteceu com o valor de $p < 0,20$ e a permanência com $p < 0,05$. A análise ajustada ocorreu com a entrada no modelo em dois níveis, no primeiro nível, os dados da vítima e no segundo as demais variáveis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob parecer de número 2.819.597 e foram respeitadas

todas as normas e diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre 2011 e 2018 foram notificados 1.635 casos de violência interpessoal contra a pessoa idosa. Aproximadamente um terço dessas notificações (N=489 casos) foi de violência psicológica e negligência. Observam-se a violência do tipo negligência como a segunda mais notificada no estado (n=296; 18,1%; IC95%:16,31-20,04), seguida da violência psicológica (n=193; 11,8%; IC95%: 10,32-13,46) (dados não apresentados em tabela).

A população estudada consistiu em sua maioria de pessoas idosas com 80 anos ou mais de idade, do sexo feminino, cor branca, com baixa escolaridade (0 a 4 anos), com companheiro e sem deficiências. O agressor se apresentou majoritariamente na faixa etária de 20 a 59 anos, do sexo masculino, filhos da vítima e sem suspeita de uso de álcool no momento da agressão. A maior parte das ocorrências envolveu um agressor, sendo a residência o principal local da ocorrência de abuso. O turno prioritário foi pela manhã, com histórico de repetição e em zona urbana. Observa-se que em grande parte não houve motivação por intolerância e os casos são encaminhados para seguimento em setores responsáveis (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos casos notificados de violências psicológica e negligência praticadas contra os idosos, de acordo com os dados da vítima, do agressor e da ocorrência. Espírito Santo, 2011-2018.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Idade (anos)		
60 a 69	165 (33,7)	29,5-38,0
70 a 79	152 (31,1)	27,2-35,0
80 ou mais	172 (35,2)	30,9-39,5
Sexo		
Masculino	145 (29,7)	25,8-33,7
Feminino	344 (70,3)	66,3-74,2
Cor		
Branca	205 (46,8)	42,0-51,6
Preta	76 (17,4)	13,9-21,0
Parda	157 (35,8)	31,5-40,2
Escolaridade (anos)		
0 a 4	184 (63,7)	57,8-68,9
5 a 8	34 (11,8)	8,3-15,9
9 ou mais	71 (24,6)	19,4-29,4
Situação Conjugal		
Com companheiro (a)	274 (67,5)	62,8-71,9
Sem companheiro (a)	132 (32,5)	28,1-37,2
Deficiência/ Transtorno		
Sim	162 (41,1)	36,3-46,2
Não	232 (58,9)	53,8-63,7
Idade do agressor (anos)		
0 a 19	04 (1,4)	0,3-2,7
20 a 59	223 (75,9)	71,1-80,6
60 ou mais	67 (22,8)	18,0-27,5

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n (%)	IC 95%
Sexo do agressor		
Masculino	197 (45,3)	40,2-49,9
Feminino	112 (25,7)	21,8-29,7
Ambos	126 (29,0)	24,6-33,3
Vínculo com a vítima		
Filhos	225 (56,8)	51,8-61,9
Parceiros	69 (17,4)	13,9-21,2
Outros	102 (25,8)	21,5-30,3
Suspeita de uso de álcool		
Sim	100 (33,7)	28,3-39,4
Não	197 (66,3)	60,6-71,7
Número de envolvidos		
Um	256 (53,8)	49,4-58,0
Dois ou mais	220 (46,2)	42,0-50,6
Ocorreu na residência		
Sim	426 (93,6)	91,4-95,6
Não	29 (6,4)	4,4-8,6
Turno de ocorrência		
Manhã	130 (47,6)	41,8-53,5
Tarde	73 (26,7)	21,6-32,2
Noite	44 (16,1)	12,1-20,9
Madrugada	26 (9,5)	6,2-13,2
Violência de repetição		
Sim	368 (89,5)	86,4-92,5
Não	43 (10,5)	7,5-13,6
Zona de ocorrência		
Urbana	440 (94,0)	91,4-95,5
Rural	28 (6,0)	4,5-8,7
Motivado por intolerância		
Sim	113 (39,0)	33,4-44,5
Não	177 (61,0)	55,5-66,6
Encaminhamentos		
Sim	416 (86,5)	83,6-89,4
Não	65 (13,5)	10,6-16,4

Os totais de frequência absoluta divergem em razão de dados faltantes (em branco ou ignorado nas fichas de notificação).

Em relação à análise bivariada, observa-se que as violências estudadas estiveram relacionadas às variáveis cor, escolaridade, idade e sexo do agressor, vínculo, local de ocorrência, histórico de repetição e motivação ($p < 0,05$). Nota-se ainda que somente a negligência

se relacionou às variáveis: idade, situação conjugal, deficiência/transtorno, suspeita de uso de álcool, número de envolvidos, turno e zona de ocorrência. Já a variável sexo da vítima esteve relacionada apenas à violência psicológica ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das violências psicológica e negligência praticadas contra os idosos, de acordo com as características da vítima, do agressor e da ocorrência. Espírito Santo, 2011-2018.

Variáveis	Violência Psicológica n=193			Negligência n=296		
	n (%)	IC 95%	p-valor	n (%)	IC 95%	p-valor
Idade (anos)						
60 a 69	96 (11,5)	9,4-13,7	0,328	69 (8,2)	6,6-10,3	<0,001
70 a 79	51 (10,9)	8,3-14,0		101 (21,6)	18,0-25,4	
80 ou mais	46 (14,2)	10,8-18,4		126 (38,9)	33,7-44,3	
Sexo						
Masculino	24 (3,8)	2,6-5,6	<0,001	121 (19,2)	16,3-22,5	0,338
Feminino	169 (16,8)	14,6-19,2		175 (17,4)	15,2-19,9	
Cor						
Branca	95 (14,7)	12,2-17,7	0,010	110 (17,1)	14,3-20,2	0,001
Preta	23 (12,1)	8,1-17,5		53 (27,8)	21,8-34,5	
Parda	57 (9,2)	7,1-11,7		100 (16,1)	13,4-19,2	
Escolaridade (anos)						
0 a 4	74 (12,4)	10,0-15,3	0,021	110 (18,4)	15,5-21,7	0,008
5 a 8	18 (11,9)	7,6-18,2		16 (10,6)	6,6-16,6	
9 ou mais	45 (19,6)	14,9-25,2		26 (11,3)	7,8-16,1	
Situação Conjugal						
Com companheiro (a)	104 (13,4)	11,2-16,0	0,595	170 (21,9)	19,1-25,0	<0,001
Sem companheiro (a)	71 (12,4)	10,0-15,4		61 (10,7)	8,4-13,5	
Deficiência/ Transtorno						
Sim	46 (15,3)	11,7-19,9	0,093	116 (38,7)	33,3-44,3	<0,001
Não	124 (11,7)	9,9-13,8		108 (10,2)	8,5-12,1	
Idade do agressor (anos)						
0 a 19	04 (10,3)	3,8-24,6	0,005	-	-	0,017
20 a 59	100 (13,1)	10,9-15,7		123 (16,1)	13,7-18,9	
60 ou mais	37 (22,7)	16,9-29,8		30 (18,4)	13,2-25,1	
Sexo do agressor						
Masculino	132 (14,3)	12,2-16,7	0,037	65 (7,0)	5,6-8,9	<0,001
Feminino	31 (8,9)	6,3-12,3		81 (23,3)	19,0-27,9	
Ambos	24 (13,5)	9,2-19,4		102 (57,3)	49,9-64,4	
Vínculo com a vítima						
Filhos	73 (14,3)	11,5-17,6	< 0,001	152 (29,7)	25,9-33,8	0,001
Parceiros	53 (20,8)	16,2-26,2		16 (6,3)	3,9-10,0	
Outros	43 (7,0)	5,1-9,2		59 (9,5)	7,4-12,1	
Suspeita de uso de álcool						
Sim	73 (16,5)	13,3-20,3	0,059	27 (6,1)	4,2-8,8	<0,001
Não	69 (12,3)	9,8-15,3		128 (22,8)	19,5-26,5	
Número de envolvidos						
Um	136 (12,7)	10,9-14,9	0,491	120 (11,2)	9,5-13,2	<0,001
Dois ou mais	53 (11,5)	8,9-14,7		167 (36,2)	31,9-40,6	

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Violência Psicológica n=193			Negligência n=296		
	n (%)	IC 95%	p-valor	n (%)	IC 95%	p-valor
Ocorreu na residência						
Sim	170 (14,2)	12,3-16,2	<0,001	256 (21,3)	19,1-23,7	<0,001
Não	13 (4,9)	2,9-8,3		16 (6,1)	3,8-9,7	
Turno de ocorrência						
Manhã	41 (13,8)	10,3-18,2	0,164	89 (29,9)	24,9-35,3	<0,001
Tarde	31 (10,4)	7,4-14,4		42 (14,1)	10,6-18,5	
Noite	25 (8,1)	5,5-11,7		19 (6,2)	4,0-9,5	
Madrugada	13 (11,5)	6,8-18,9		13 (11,5)	6,8-18,9	
Violência de repetição						
Sim	158 (19,3)	16,7-22,1	<0,001	210 (25,6)	22,7-28,7	<0,001
Não	18 (3,4)	2,2-5,4		25 (4,8)	3,2-7,0	
Zona de ocorrência						
Urbana	172 (12,9)	11,2-14,8	0,055	268 (20,1)	18,0-22,3	<0,001
Rural	15 (8,0)	5,4-13,5		13 (6,9)	4,2-11,7	
Motivado por intolerância						
Sim	75 (18,7)	15,2-22,8	<0,001	38 (9,5)	7,0-12,8	<0,001
Não	41 (8,9)	6,6-11,8		136 (29,5)	23,5-33,8	
Encaminhamentos						
Sim	161 (12,1)	10,4-13,9	0,885	255 (19,1)	17,1-21,3	0,177
Não	29 (12,4)	8,7-17,3		36 (15,4)	11,2-20,6	

Teste qui-quadrado de Pearson

Após análise ajustada, observa-se na Tabela 3 que a prevalência de violência psicológica foi 4,28 vezes maior em idosos do sexo feminino (RP: 4,28; IC95%: 2,77-6,61), e mais frequentemente praticada por homens (RP: 2,92; IC95%: 1,11-7,71), com suspeita de uso de álcool (RP: 1,55; IC95%: 1,05-

2,29). A violência psicológica foi mais prevalente no grupo com histórico de violência de repetição (RP: 4,31; IC95%: 1,86-9,95), notificado em área urbana (RP: 4,06; IC95%: 1,05-15,7) e motivado por intolerância (RP: 1,78; IC95%: 1,18-2,70).

Tabela 3. Análise bruta e ajustada dos efeitos das características da vítima, do agressor e da ocorrência sobre a violência psicológica praticada contra a pessoa idosa. Espírito Santo, 2011-2018.

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Feminino	4,40	2,90-6,67		4,28	2,77-6,61	
Cor						
Branca	1,0		0,011	1,0		0,247
Preta	0,82	0,54-1,26		0,71	0,40-1,29	
Parda	0,62	0,46-0,85		0,76	0,53-1,10	

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	RP	IC 95%	<i>p</i> -valor	RP	IC 95%	<i>p</i> -valor
Escolaridade (anos)						
0 a 4	1,0		0,019	1,0		0,225
5 a 8	0,96	0,59-1,56		0,91	0,54-1,52	
9 ou mais	1,58	1,13-2,22		1,33	0,92-1,91	
Deficiência/Transtorno						
Sim	1,31	0,96-1,79	0,090	1,24	0,90-1,72	0,194
Não	1,0			1,0		
Idade do agressor (anos)						
0 a 19	1,0		0,004	1,0		0,604
20 a 59	1,28	0,50-3,30		0,69	0,27-1,75	
60 ou mais	2,21	0,84-5,85		0,80	0,30-2,13	
Sexo do agressor						
Masculino	1,06	0,71-1,59	0,044	2,92	1,11-7,71	0,048
Feminino	0,66	0,40-1,09		1,86	0,64-5,44	
Ambos	1,0			1,0		
Vínculo com a vítima						
Filhos	2,05	1,44-2,94	<0,001	1,12	0,54-2,33	0,902
Parceiros	2,99	2,06-4,35		1,0	0,46-2,21	
Outros	1,0			1,0		
Suspeita de uso de álcool						
Sim	1,34	0,99-1,82	0,059	1,55	1,05-2,29	0,027
Não	1,0			1,0		
Ocorreu na residência						
Sim	2,87	1,66-4,96	<0,001	1,21	0,54-2,71	0,636
Não	1,0			1,0		
Turno de ocorrência						
Manhã	1,20	0,67-2,15	0,171	1,29	0,54-3,08	0,929
Tarde	0,90	0,49-1,66		1,29	0,53-3,11	
Noite	0,71	0,37-1,33		1,15	0,50-2,67	
Madrugada	1,0	0,47-1,50		1,0	0,47-1,50	
Violência de repetição						
Sim	5,61	3,49-9,02	<0,001	4,31	1,86-9,95	<0,001
Não	1,0			1,0		
Zona de ocorrência						
Urbana	1,62	0,97-2,68	0,063	4,06	1,05-15,7	0,043
Rural	1,0			1,0		
Motivado por intolerância						
Sim	2,10	1,47-3,00	<0,001	1,78	1,18-2,70	0,007
Não	1,0			1,0		

Teste: Regressão de Poisson com variância robusta; RP: razão de prevalência.

A violência do tipo negligência, após os ajustes para os fatores de confusão, se mostrou 4,58 vezes mais prevalente entre os idosos com 80 anos ou mais quando comparados aos idosos mais jovens (60 a 69

anos), 45,0% mais frequente nos de cor preta em comparação aos pardos, 42,0% maior entre aqueles com companheiro, e, 3,24 vezes mais prevalente em idosos com algum tipo de deficiência/transtorno.

Tabela 4. Análise bruta e ajustada dos efeitos das características da vítima, do agressor e da ocorrência sobre a negligência praticada contra a pessoa idosa. Espírito Santo, 2011-2018.

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Idade (anos)						
60 a 69	1,0		<0,001	1,0		<0,001
70 a 79	2,62	1,97-3,48		2,78	1,94-3,99	
80 ou mais	4,72	3,62-6,14		4,58	3,22-6,51	
Cor						
Branca	1,06	0,83-1,36	0,001	1,05	0,78-1,41	0,033
Preta	1,73	1,29-2,31		1,45	1,08-1,94	
Parda	1,0			1,0		
Escolaridade (anos)						
0 a 4	1,0		0,010	1,0		0,280
5 a 8	0,58	0,35-0,94		0,85	0,49-1,48	
9 ou mais	0,62	0,41-0,92		0,67	0,40-1,11	
Situação Conjugal						
Com companheiro	2,05	1,56-2,70	<0,001	1,42	1,08-1,88	0,013
Sem companheiro	1,0			1,0		
Deficiência/Transtorno						
Sim	3,80	3,02-4,77	<0,001	3,24	2,51-4,17	<0,001
Não	1,0			1,0		
Idade do Agressor (anos)						
0 a 19	--	--	0,477	--	--	0,141
20 a 59	1,0			1,0		
60 ou mais	1,14	0,79-1,64		1,49	0,88-2,55	
Sexo do agressor						
Masculino	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Feminino	3,31	2,45-4,48		1,89	0,95-3,76	
Ambos	8,15	6,24-10,63		3,91	2,01-7,58	
Vínculo com a vítima						
Filhos	3,12	2,36-4,11	<0,001	3,0	1,45-6,21	0,012
Parceiros	0,66	0,39-1,12		1,88	0,71-4,98	
Outros	1,0			1,0		
Suspeita de uso de álcool						
Sim	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Não	3,74	2,51-5,56		2,98	1,60-5,57	
Número de envolvidos						
Um	1,0		<0,001	1,0		0,596
Dois ou mais	3,22	2,61-3,96		0,81	0,37-1,77	

continua

Continuação da Tabela 4

Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	RP	IC 95%	p-valor	RP	IC 95%	p-valor
Ocorreu na residência						
Sim	3,51	2,15-5,70	<0,001	3,31	1,51-7,55	0,003
Não	1,0			1,0		
Turno de ocorrência						
Manhã	2,60	1,51-4,46	<0,001	1,04	0,47-2,31	0,479
Tarde	1,22	0,68-2,20		0,68	0,30-1,84	
Noite	0,54	0,27-1,05		0,49	0,26-2,46	
Madrugada	1,0			1,0		
Violência de repetição						
Sim	5,36	3,59-7,99	<0,001	3,82	1,74-8,39	0,001
Não	1,0			1,0		
Zona de ocorrência						
Urbana	2,90	1,70-4,96	<0,001	3,05	1,53-6,08	0,001
Rural	1,0			1,0		
Motivado por intolerância						
Sim	1,0		<0,001	1,0		<0,001
Não	3,11	2,23-4,35		2,97	1,85-4,79	
Encaminhamentos						
Sim	1,24	0,90-1,71	<0,001	1,42	0,58-3,49	0,442
Não	1,0			1,0		

Teste: Regressão de Poisson com variância robusta; RP: razão de prevalência.

Em relação aos agressores, observa-se que a negligência foi predominantemente cometida por indivíduos de ambos os sexos (RP: 3,91; IC95%: 2,01-7,58). Os filhos são frequentemente os principais agressores (RP: 3,0; IC95%: 1,45-6,21), e não há suspeita de abuso de álcool no momento da agressão (RP: 2,98; IC95%: 1,60-5,57). A ocorrência da negligência foi 3,31 vezes maior na residência, em comparação àquelas ocorridas em outros ambientes, 3,82 vezes mais do tipo violência de repetição, e, 3,0 vezes mais frequente na zona urbana e sem motivação por intolerância (RP: 2,97).

DISCUSSÃO

A prevalência encontrada de notificações de violência contra a pessoa idosa na presente pesquisa foi de 11,8% para o agravo do tipo psicológico e 18,1% de negligência. Um estudo¹⁵ que analisou as notificações de violência contra o idoso em

um estado do nordeste brasileiro identificou uma prevalência de 13,3% de violência psicológica, similar à apresentada nesta pesquisa, em contraste com a negligência, onde a prevalência encontrada foi de 26,6%, superior à identificada no presente estudo. Mascarenhas et al.⁸, ao estudarem os casos notificados de violência contra os idosos em todo Brasil, apontaram também para prevalências maiores em ambos os tipos de violência. Todavia, vale ponderar que a literatura não é coesa ao se tratar desses agravos, ora apontam maiores prevalências de violência psicológica⁹, ora da negligência¹⁵, mas sempre ressaltando a divergência.

Importante ressaltar que como posto pela literatura tanto a violência psicológica quanto a negligência são agravos difíceis de detectar, e conseqüentemente de notificar, principalmente por acontecerem muito intrinsecamente ao convívio familiar, necessitando de um olhar muito atento dos serviços para que possam vir a serem identificadas e notificadas^{16,17}.

Com relação às características da vítima de agressão, estudos^{4,18} evidenciam, dentre outras variáveis, que a dependência funcional e cognitiva são alguns dos fatores de risco mais fortes para violência geral contra a pessoa idosa, e outro estudo chama a atenção em específico para a negligência¹⁹. Considerando que o risco de dependência cresce com o avançar da idade^{4,16}, há uma demanda maior do idoso por cuidados, conseqüentemente as chances deste ser vítima de negligência, principalmente quando somado ao estresse e falta de preparo do cuidador^{16,18,19}, indo ao encontro com os achados do presente estudo, que evidenciam que a negligência foi 4,58 vezes mais prevalente entre pessoas idosas com 80 anos ou mais, em relação àqueles entre 60 a 69 anos, e 3,24 vezes mais frequente em idosos com algum tipo de deficiência ou transtorno.

No que tange ao sexo da vítima, nota-se que a prevalência de violência psicológica foi 4,28 vezes maior em mulheres, assemelhando-se ao estudo de Ho et al.²⁰, onde os autores relatam que mulheres idosas apresentam maior risco de sofrer violência do que os homens. Historicamente, independente do ciclo de vida, a mulher está mais vulnerável a sofrer a violência e o homem a perpetrar^{21,22}.

Reforçando esse ponto, o presente estudo identificou que a violência psicológica foi três vezes mais cometida por homens, sendo 55,0% mais prevalente entre aqueles com suspeita de consumo de álcool. Achados prévios de estudos indicam que mulheres são mais frequentemente agredidas por homens²², e a compreensão deste fato resulta da análise da violência como produto de uma sociedade desigual, marcada por práticas machistas, que são potencializadas na presença do álcool²³, e dão ao homem a subjetiva crença de que ele tem o direito de exercer poder sobre a mulher, geralmente, através de atos abusivos que frequentemente comprometem as condições psicológicas destas^{22,23}.

Com relação à cor da vítima, essa variável manteve-se associada apenas com a negligência, onde esse agravo foi 45,0% mais prevalente em pessoas idosas de cor preta, similar ao encontrado por Acierno, et al.¹⁹, ao estudarem quase 6 mil idosos nos Estados Unidos e evidenciarem uma maior prevalência de negligência em idosos considerados não brancos.

Pillemer, et al.⁴ e Johannesen e LoGiudice²⁴ sugerem que grupos raciais específicos apresentam divergentes taxas de risco para diferentes tipos de violência, indicando a necessidade de estudos que busquem elucidar essas diferenças específicas.

Outra importante característica da vítima de violência a ser discutida é a condição conjugal, que vem se mostrando potencial fator relacionado à violência contra a pessoa idosa^{4,25}. No presente estudo encontramos que a negligência foi 42,0% mais prevalente nas pessoas idosas com companheiros, concordando com os achados da literatura²⁶, fato este que pode ser resultado de uma maior sobrecarga do cuidador que se vê na função de assistir não um, mas dois idosos²⁰.

Acerca das características do agressor, a negligência foi três vezes mais cometida pelos filhos da vítima, de ambos os sexos, corroborando estudos encontrados na literatura internacional²⁵ e nacional^{8,9}. Dentre os motivos apontados para essa relação está o contexto familiar, reforçando os dados acima, e apontado muitas vezes pela literatura¹⁸ como um ambiente estressante, com os filhos exercendo o papel de cuidadores, mas sem o devido preparo para tal, culminando em sobrecarga e conseqüente negligência do idoso. Todavia, segundo Pasinato et al.¹⁷ esse fato é resultante da ausência ou ineficiência de políticas públicas que possibilitem suporte às famílias no cuidado ao idoso, com o intuito de minimizar danos causados por conflitos e despreparo e interromper o ciclo da violência.

Quanto às características da ocorrência, a negligência foi 3,31 vezes mais frequentemente perpetrada dentro da residência, se assemelhando com resultados encontrados na literatura^{8,9,18}. Esse achado se justifica principalmente ao se observar a faixa etária dos idosos, onde as vítimas de negligência são aqueles idosos mais velhos e com deficiências, que estão mais frequentemente restritos ao convívio familiar^{8,9,16,19}.

A violência psicológica e a negligência foram mais prevalentes no grupo com histórico de violência de repetição, RP: 4,31 e 3,82 respectivamente. Além disso, os casos de negligência não estiveram associados com suspeita de uso de álcool e não

foram motivadas por intolerâncias. Esses resultados assemelham-se àqueles descritos por Mascarenhas et al.⁸ e Rocha et al.⁹ ao estudarem os casos notificados de violência contra a pessoa idosa em todas as regiões do Brasil, e retomam a discussão relacionada ao cuidador, uma vez que a literatura^{16,24} mostra que a propensão de reincidência na violência, em especial da negligência, está bastante relacionada à sinais de sobrecarga, como estresse, ansiedade e depressão, do que motivado por causas externas como álcool, por exemplo. É importante lembrar que tais situações podem ser amenizadas e até evitadas com programas de apoio e suporte a esses cuidadores¹⁷, o que segundo Pillemer et al.⁴ tem se mostrado eficaz na prevenção da revitimização do idoso, e com potencial para redução da incidência deste agravo.

Com relação a zona de ocorrência, em ambos os agravos estudados foi encontrado maiores prevalências de ocorrência na zona urbana. Esse achado, reflete a maior aglomeração de pessoas na área urbana do que aquelas observadas em áreas rurais, assim como, o acesso mais facilitado a setores como delegacia ou estabelecimentos de saúde²², o que, em tese, facilitaria as notificações de violência nessas regiões, e em contrapartida, aponta para a possibilidade de subnotificações desse agravo nas regiões rurais.

Dada essa situação, percebe-se o importante desafio que deve ser enfrentado pelos profissionais de saúde e assistência social, gestores, sociedade civil e os próprios idosos para que os casos de violência sejam devidamente notificados. Para que isso seja possível, é necessário que os profissionais sejam treinados para identificar as possíveis vítimas deste agravo nos diferentes serviços. Ainda, é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento de toda a rede de atenção oferecida para as vítimas de violência e seus familiares, para que toda assistência necessária seja prestada no enfrentamento e prevenção de novas ocorrências desse agravo¹³.

O presente estudo encontrou importantes resultados que podem auxiliar no melhor entendimento dos fatores relacionados ao fenômeno da violência psicológica e negligência contra o idoso. Todavia, possíveis limitações precisam ser consideradas, como a análise de dados secundários

onde é comum encontrar inconsistências nas informações, contudo, é importante ressaltar que foi conduzida uma extensiva qualificação do banco antes da realização das análises. Outra limitação identificada é a subnotificação dos casos de violência, como já ressaltado na literatura¹³. Porém, mesmo com esses impasses, foram encontradas fortes associações que poderiam ser ainda mais evidentes em um maior número de casos notificados.

E por fim, apresenta-se ainda como limitação a natureza transversal do estudo, que impossibilita o estabelecimento de relação causal entre variáveis de exposição e desfecho, mas destaca-se a importância desse tipo de estudo para uma melhor elucidação da temática, além de seu alto potencial descritivo e simplicidade analítica, representando um importante aliado no levantamento de hipóteses e elaboração de políticas.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados apresentados, conclui-se que as prevalências de violência psicológica e negligência notificadas foram menores em comparação às encontradas em outros estados brasileiros, e que características da vítima, do agressor e da ocorrência estão associados a esses agravos conforme o tipo de violência. Muitas vezes essas violências são cometidas de forma velada e por essa razão ainda são subnotificadas. Percebe-se então a necessidade de ampliar a visibilidade e discussão da violência contra a pessoa idosa para que a sociedade civil esteja mais sensibilizada acerca desse evento, e para que os profissionais de saúde sejam capacitados para identificar, notificar e enfrentar esse agravo, pois acredita-se que apenas assim o ciclo da violência poderá ser quebrado.

Por fim, entende-se que, apesar da difusão dos estudos da violência contra a pessoa idosa nos últimos anos, ainda são necessários novos estudos que analisem sua tipologia em separado, pois o conhecimento desses agravos em suas diferentes manifestações pode contribuir para o enfrentamento, monitoramento e prevenção desse fenômeno.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Elder Abuse: the health sector role in prevention and response. Geneva: WHO; 2016.
2. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: é possível prevenir, é necessário superar. Brasília, DF: Secretaria dos Direitos Humanos; 2014.
3. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [acesso em 17 nov. 2019];373(20):1947-56. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404688>
4. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist* [Internet]. 2016 [acesso em 17 nov. 2019];56(Suppl 2):194-205. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/Suppl_2/S194/2605277
5. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2017 [acesso em 17 nov. 2019];5(2):147-56. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30006-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30006-2/fulltext)
6. Blay SL, Laks J, Marinho V, Figueira I, Maia D, Coutinho ESF, et al. Prevalence and correlates of elder abuse in São Paulo and Rio de Janeiro. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2017 [acesso em 17 nov. 2019];65(12):2634-38. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15106>
7. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, D'Orsi E. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 17 nov. 2019];19(4):671-69. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400671&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
8. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 17 nov. 2019];17(9):2331-41. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014&lng=pt&tlng=pt
9. Rocha RC, Cortes MCJW, Dias EC, Gontijo ED. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [acesso em 17 nov. 2019];42(4):81-94. Disponível https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800081&tlng=pt
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. *Bol Epidemiol.* 2013;44(9):1-12.
11. World Health Organization. Elder Abuse [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 17 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
12. Instituto Jones dos Santos Neves. Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo. Vitória: IJSN; 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, DF:MS; 2016.
14. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 17 nov. 2019];23(6):2007-16. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000602007&script=sci_arttext
15. Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 17 nov. 2019];18(2):295-306. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000200295&script=sci_arttext
16. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Molerias-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [acesso em 17 nov. 2019];18(1):1-10. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-018-5067-8>
17. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2006 [acesso em 17 nov. 2019]; (1200):1-36. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2079.pdf>

18. Lopes EDS, Ferreira AG, Pires CG, Moraes MCS, D'Elboux MJ. Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 17 nov. 2019];21(5):628-38. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500628&lng=en&tlng=en
19. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 [acesso em 17 nov. 2019];100(2):292-7. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2009.163089>
20. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho RC. Global Prevalence of Elder Abuse: A Metaanalysis and Meta-regression. *East Asian Arch Psychiatry* [Internet]. 2017 [acesso em 17 nov. 2019];27(2):43-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28652497>
21. Souza MB, Silva MS, Abreu GS. Violência doméstica entre parceiros íntimos: questões culturais e sociais acerca dos homens autores de violência. *Id on Line Rev Mult Psicol* [Internet]. 2017 [acesso em 17 nov. 2019];11(38):388-407. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
22. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, D'Ávila S. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [acesso em 17 nov. 2019];19(4):740-52. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400740&lng=pt&tlng=pt
23. Siqueira CA, Rocha ESS. Violência psicológica contra a mulher: Uma análise bibliográfica sobre causa e consequência desse fenômeno. *Revi Arq Cient* [Internet]. 2019 [acesso em 17 nov. 2019];2(1):12-23. Disponível em: <http://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/107/63>
24. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing* [Internet]. 2013 [acesso em 17 nov. 2019];42(3):292-8. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/42/3/292/24179>
25. Yan E, Chan KL, Tiwari A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse in Asia. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2015 [acesso em 17 nov. 2019];16(2):199-219. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838014555033>
26. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in people's Republic of China: a cross-sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2012 [acesso em 17 nov. 2019]; 7(3): e33857 [10 p.]. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0033857>



Gestão do cuidado ao idoso com tuberculose na Atenção Primária: revisão integrativa

Managing care for older adults with tuberculosis in Primary Care: an integrative review

Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo¹ 
Stephanie de Abreu Freitas¹ 
Amanda Haissa Barros Henriques² 
Matheus Figueiredo Nogueira³ 
Jordana Almeida Nogueira⁴ 
Anne Jaquelyne Roque Barrêto⁵ 

Resumo

Objetivo: analisar o conhecimento produzido referente à gestão do cuidado à pessoa idosa com tuberculose na Atenção Primária. **Método:** revisão integrativa da literatura, nas seguintes bases de dados, com artigos de 2008 a 2017: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINALH). A amostra foi composta por seis artigos científicos, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A coleta de dados ocorreu em junho de 2018, por meio de um instrumento com informações pertinentes ao objetivo proposto. **Resultados:** os estudos selecionados identificaram fragilidades e desafios encontrados nos serviços da Atenção Primária à Saúde quanto à qualificação profissional, à porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose, ao vínculo entre profissional e paciente e à logística dos serviços de saúde. **Conclusão:** sugere-se uma política de saúde que amplie a resposta do Estado e dos profissionais de saúde às necessidades da pessoa idosa com tuberculose, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Essa política de saúde subsidiaria a qualificação profissional, a porta de entrada para o diagnóstico da doença, o vínculo entre profissional e paciente e a logística dos serviços de saúde. Poder-se-ia utilizar tecnologias em saúde, visando acompanhar a equipe de enfermagem na gestão do cuidado na pesquisa e na prática Geriátrica e Gerontológica.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Tuberculose. Gestão em Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem João Pessoa, PB, Brasil.

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba- Campus Avançado, Curso Técnico em Cuidados de Idosos. João Pessoa, PB, Brasil.

³ Universidade Federal de Campina Grande; Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cuité, PB, Brasil.

⁴ Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde, Enfermagem Clínica. João Pessoa, PB, Brasil.

⁵ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. João Pessoa, PB, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho

Correspondência/Correspondence

Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo
edna_marilia@hotmail.com

Recebido: 19/11/2019

Aprovado: 08/06/2020

Abstract

Objective: to analyze the available knowledge on the management of care for older adults with tuberculosis in primary care. *Method:* an integrative literature review was performed in the following databases, based on articles from 2008 to 2017: the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), International Health Sciences Literature (MEDLINE) and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINALH). The sample consisted of six scientific articles, considering the established inclusion and exclusion criteria. Data collection took place in June 2018, using an instrument with information relevant to the proposed objective. *Results:* the selected studies identified weaknesses and challenges in primary health care health services regarding professional skills and knowledge, the entry point to the diagnosis of tuberculosis, the link between professionals and patients, and the logistics of health services. *Conclusion:* a health policy that expands the response of the government and health professionals to the needs of older adults with tuberculosis is recommended, in line with the principles of the Brazilian National Health Service. This health policy would support improving the skills and knowledge of professionals at the entry point to the diagnosis of the disease and enhancing the link between professionals and patients, and the logistics of health services. Health technology could be used to accompany the nursing team in the management of care in geriatric and gerontological research and practice.

Keywords: Health of the Elderly. Tuberculosis. Health Management. Public Health Policy.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento trouxe um impacto para a sociedade, especialmente em relação aos problemas de saúde, entre eles a tuberculose (TB)¹. A pessoa idosa está vulnerável a desenvolver essa doença devido à diminuição da eficácia do sistema imunológico, aos deficit funcionais relacionados à idade, à disfunção no *clearance* mucociliar e na função pulmonar provenientes do processo da senescência².

Diante da amplitude da tuberculose no país, os idosos com esse diagnóstico têm como porta de entrada preferencial os serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)³. Portanto, essa situação suscita um maior empenho de estudiosos e gestores no cenário da saúde a fim de operacionalizar as ações das políticas de saúde nesses espaços de cuidado⁴.

Nas estratégias de cuidado aplicadas na APS, e dentre os trabalhadores que compõem a equipe, destaca-se o enfermeiro por ter uma atuação relevante nas ações de controle da TB e por estar à frente do processo de luta contra a doença. Esse profissional desempenha sua função de maneira sistemática no âmbito assistencial ao doente com a enfermidade. Com isso, o profissional realiza o controle de comunicantes, a busca ativa, as consultas mensais, solicita as medicações, os exames, e quando

necessário, implementa as visitas em domicílio ou nos demais espaços comunitários. Outro ponto fundamental é o acompanhamento da terapêutica dos pacientes diagnosticados com a doença, destacando-se assim, a relevância do papel desse profissional no processo de trabalho na APS⁵.

Entretanto, para implementar uma gestão qualificada e efetiva, é preciso compreender o significado da gestão do cuidado, que faz referência à forma de oferecer tecnologias de saúde, levando em conta a demanda de cada indivíduo e a situação na qual ele vive no momento⁶. A gestão do cuidado ocorre em diversas dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Neste estudo, optou-se pela dimensão profissional, a qual é tecida pelo encontro entre trabalhadores e usuários. Isso significa ter competência técnica profissional específica, ou seja, a capacidade, a experiência, a formação e a postura ética, e sendo capaz de atender às necessidades e de construir vínculo com a população⁶.

Considerando a gestão do cuidado como uma ferramenta essencial para conduzir as ações de controle da TB na população idosa e o enfermeiro como um dos principais atores produtores desse cuidado, esta revisão de literatura objetivou analisar o conhecimento produzido referente à

gestão do cuidado à pessoa idosa com tuberculose na Atenção Primária.

MÉTODO

O método escolhido foi a revisão integrativa da literatura porque permite a inserção das evidências na prática clínica a partir da fundamentação do conhecimento científico, com resultados de qualidade por meio da prática baseada na evidência. Portanto, o produto é o estado do conhecimento do tema investigado: a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e a identificação de fragilidades que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações⁷.

As etapas seguidas na elaboração desta revisão foram: a definição da questão de pesquisa, a busca na literatura, a identificação dos estudos elegíveis, a análise crítica dos estudos incluídos, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão⁸.

A questão norteadora do estudo foi: *o que foi publicado na literatura nacional e internacional referente à gestão do cuidado das pessoas idosas com diagnóstico de TB em serviços de APS, no período de 2008 a 2017?*

A busca foi realizada em junho de 2018, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINALH), sendo acessadas pelo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Utilizou-se descritores nos idiomas português e inglês, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme), da Biblioteca Virtual em Saúde, e do Medical Subject Headings (MeSH), da National Library of Medicine: Tuberculose/Tuberculosis, Idoso/aged, Gestão em Saúde/health management, Cuidados de Enfermagem/nursing care, Atenção Primária à Saúde/Primary Health Care. A priori, a pesquisa aplicada foi feita através da busca

de assunto avançado. Para delimitá-la, empregou-se o operador booleano AND em conjunto com os seguintes descritores: idoso AND tuberculose e aged AND tuberculosis; idoso AND tuberculose AND gestão em saúde e aged AND tuberculosis AND health management; idoso AND tuberculose AND cuidado de enfermagem e aged AND tuberculosis AND nursing care e idoso AND tuberculose AND atenção primária à saúde e aged AND tuberculosis AND primary health care.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais com textos completos que retratassem a temática proposta, nos últimos dez anos (2008 a 2017); artigos na versão on-line disponíveis gratuitamente e redigidos em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos trabalhos como teses, dissertações, monografias, artigos de revisão, artigos duplicados e aqueles que não respondessem à questão da pesquisa.

Para a seleção dos estudos, foram consideradas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA), conforme apresentado na Figura 1.

Para a caracterização dos estudos selecionados, utilizou-se um instrumento semiestruturado de coleta de dados, elaborado pelos pesquisadores, contendo itens como: título, periódico, autores, base de dados, idioma, ano de publicação, temática abordada, formação dos autores, abordagem metodológica mais utilizada, instrumento/forma de coleta de dados, com o intuito de extrair as principais informações dos manuscritos.

Os resultados evidenciados foram analisados e apresentados de forma descritiva, apresentando a síntese de cada estudo incluído na revisão, bem como comparações entre as pesquisas.

RESULTADOS

Nesta revisão, seis artigos científicos foram incluídos, os quais estavam disponíveis nas seguintes bases de dados: LILACS (01), MEDLINE (03), CINALH (02).

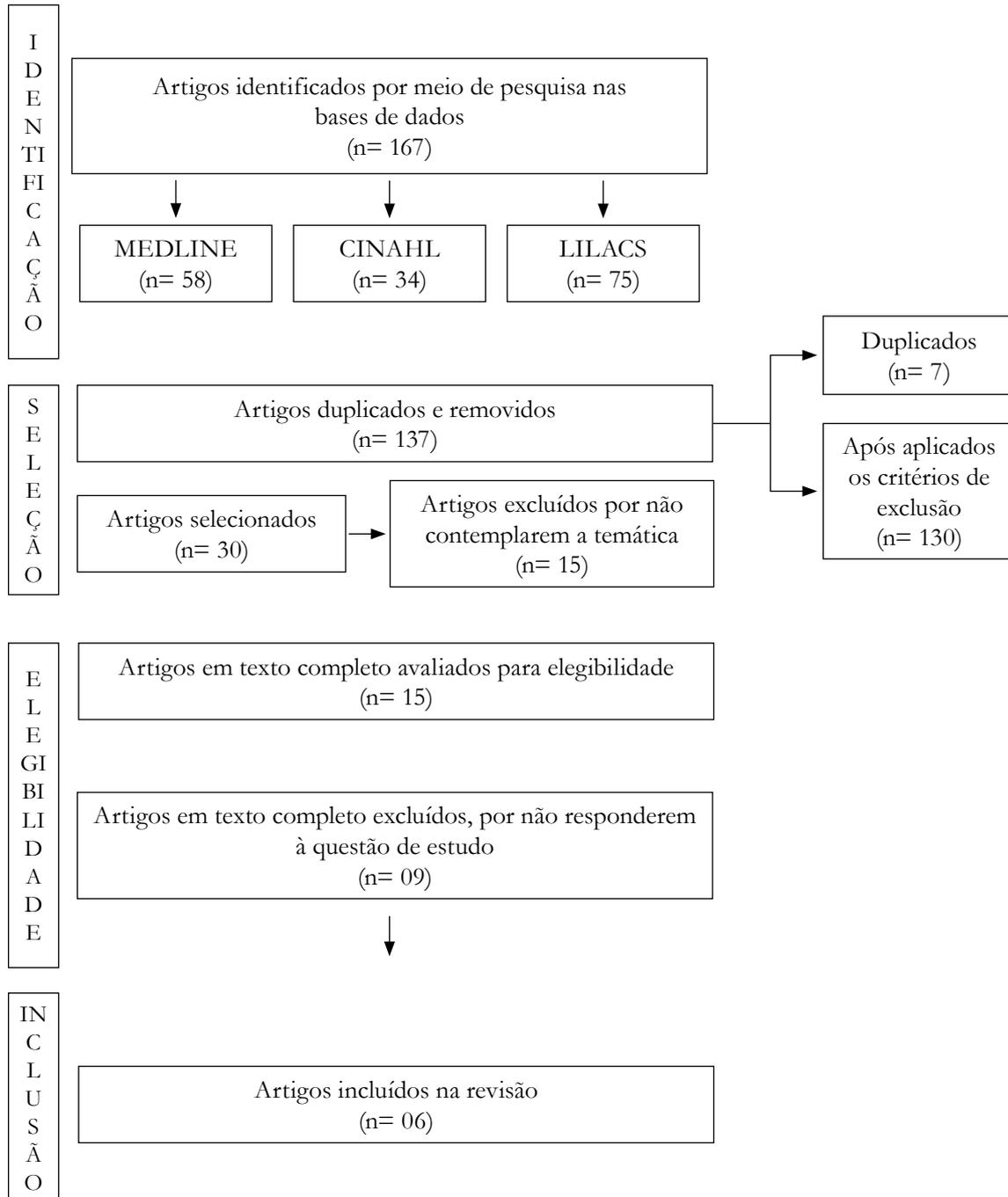


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos primários adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA). Paraíba, 2019.

Quadro 1. Artigos selecionados nas bases de dados referentes à gestão do cuidado a pessoa idosa com tuberculose na Atenção Primária. Paraíba, 2019.

Gestão do cuidado ao idoso com TB						
Base de dados Autores País/Tipo de pesquisa	Objetivos	Relacionada a ...	Fragilidades enfrentadas pelos enfermeiros de serviços de APS	Consequências da fragilidade	Desafios enfrentados pelos enfermeiros	Desfechos dos desafios
Medline Romera, A.A, et al (2016) ⁴ Brasil/ Qualitativa	Analisar o discurso de enfermeiros gestores relacionados aos condicionantes que (des) favorecem o controle da TB em idosos.	Relacionada à qualificação profissional:	Treinamento dos profissionais apenas se necessário	Profissionais despreparados para o cuidado	Qualificação dos profissionais	Educação Permanente em Saúde
			Prática educativa baseada na transmissão vertical de conhecimento	Falta de reflexão dos profissionais quanto às ações de TB nas pessoas idosas		
			Processo de qualificação sendo responsabilidade apenas da gestão	Falta de organização e fragilidade no cuidado		
Cinahl Sá, L.D. et al (2015) ¹⁴ Brasil/ Qualitativa	Analisar os fatores associados à porta de entrada de sistemas de saúde de municípios brasileiros para o diagnóstico da TB em pessoas idosas	Relacionada à qualificação profissional:	Falta de competência profissional para atribuir diagnósticos e transferência de responsabilidades para os usuários para a confirmação diagnóstica	Atraso do diagnóstico		
			Relacionada à porta de entrada para diagnóstico da TB:	Os serviços de atenção primária à saúde não são os primeiros procurados pelos doentes da TB e nem o primeiro a mostrar-se efetivo para a comprovação diagnóstica	Falta de confiança por parte dos doentes e familiares e retardo do diagnóstico	Padronização dos serviços de Atenção Primária à Saúde como o primeiro atendimento ao usuário suspeito de TB.
		Relacionada ao vínculo entre profissional e paciente:		Fragilidade nas ações de acolhimento e do vínculo entre os profissionais dos serviços de saúde da atenção básica de saúde e os usuários	Procura por outros serviços	
			Relacionada à logística dos serviços de saúde:	Horários inadequados de funcionamento das unidades de saúde da família	Distanciamento dos usuários	
		Falta de ações específicas para identificação dos sintomáticos respiratórios		Aumento dos casos		
		Dificuldade de manejo da demanda espontânea e baixa resolutividade		Falta de controle da TB		
		Falta de conhecimento por parte dos usuários sobre o local de funcionamento da unidade saúde da família		Baixa cobertura da doença		

continua

Continuação do Quadro 1

Gestão do cuidado ao idoso com TB						
Base de dados Autores País/Tipo de pesquisa	Objetivos	Relacionada a ...	Fragilidades enfrentadas pelos enfermeiros de serviços de APS	Consequências da fragilidade	Desafios enfrentados pelos enfermeiros	Desfechos dos desafios
Cinahl Andrade, S.L.E. et al (2016) ¹⁰ Brasil/ Qualitativa	Analisar os fatores relacionados ao retardo do diagnóstico em idosos em um dos municípios da região metropolitana de João Pessoa/PB, avaliando-os sob a dimensão porta de entrada.	Relacionada à porta de entrada para diagnóstico da TB:	Serviços de atenção primária à saúde não são os primeiros procurados	Atraso do diagnóstico		
		Relacionada à logística dos serviços de saúde:	Busca dos sintomáticos respiratórios de forma passiva	Procura do usuário por outros serviços e atraso do diagnóstico		
			Busca de casos não é prioridade dentro da realidade de serviços da atenção básica			
		Relacionada ao vínculo entre profissional e paciente:			Construção do vínculo	Relação mais próxima do profissional com usuário e visitas domiciliares
Medline Chen, C. et al (2015) ¹⁷ Taiwan/ Quantitativa	Analisar o padrão temporal do atraso no sistema de saúde entre 3.117 pacientes com TB entre 2003 e 2010, em Taiwan.	Relacionada à qualificação profissional:	Pouca conscientização dos médicos e o público em geral sobre a TB	Diminuição da eficiência do diagnóstico da doença		
		Relacionada à porta de entrada para diagnóstico da TB:	Procura por serviços privados ou especialidades	Atraso do diagnóstico		
		Relacionada à logística dos serviços de saúde:	Diminuição do rastreamento dos casos	Retardo do diagnóstico	Buscar diminuir os atrasos dos serviços de saúde	Rastreamento de contato
Medline Yellappa, V. et al (2017) ¹⁹ Índia/ Qualitativa	Entender os fatores que influenciam o itinerário terapêutico do paciente com TB para o Programa Nacional de Controle de Tuberculose Revisado da Índia (RNTCP) e as práticas de referência cruzada do paciente vinculadas aos consultórios particulares	Relacionada à qualificação profissional:	Falta de educação em saúde por parte dos profissionais	Conscientização limitada dos pacientes sobre a tuberculose		
		Relacionada ao vínculo entre profissional e paciente:	Falta de comunicação efetiva	Não aderência do usuário ao tratamento	Compreensão das peculiaridades da doença por parte dos pacientes	Educação em saúde e comunicação efetiva e esclarecimento

continua

Continuação do Quadro 1

Gestão do cuidado ao idoso com TB						
Base de dados Autores País/Tipo de pesquisa	Objetivos	Relacionada a ...	Fragilidades enfrentadas pelos enfermeiros de serviços de APS	Consequências da fragilidade	Desafios enfrentados pelos enfermeiros	Desfechos dos desafios
Lilacs Oliveira, A. A. V. et al. (2013) ¹⁵ Brasil/ Qualitativa	Analisar as barreiras ao diagnóstico da TB em idosos relacionadas aos serviços de saúde no município de João Pessoa/PB.	Relacionada à qualificação profissional:	Não responsabilização dos profissionais da ESF com as ações de diagnóstico da tuberculose, o que implica a falta de qualificação profissional e a falta de conhecimento.	Atendimento precário e falhas na identificação dos diagnósticos		
		Relacionada à porta de entrada para diagnóstico da TB:	Pacientes acreditam que os serviços ofertados por outro níveis de atenção são de melhor resolutividade	Falta de confiança por parte dos pacientes		
		Relacionada ao vínculo entre profissional e paciente:	Falta de interação enfermeiro-usuário.	Cuidado sem levar em consideração as peculiaridades do paciente		
		Relacionada à logística dos serviços de saúde:	Falta de responsabilidade dos profissionais em diagnosticar os pacientes com TB	Atendimento precário e falhas na identificação dos diagnósticos		
					Trabalhar na perspectiva da integralidade.	Direcionar o Atendimento para o Cuidado à pessoa com TB.

No que concerne ao tipo de revista que integrou a amostra, quatro dos artigos foram publicados em revistas brasileiras na categoria de Enfermagem, e os outros dois artigos consistiram em estudos realizados em Taiwan e na Índia.

Após leitura criteriosa dos estudos incluídos na revisão, buscou-se agrupar os resultados extraídos dos próprios artigos para uma melhor interpretação, sendo discutidos quanto às fragilidades da gestão do cuidado da pessoa idosa com diagnóstico da tuberculose em serviços de APS e aos desafios para a gestão do cuidado da tuberculose na população idosa em serviços de APS.

DISCUSSÃO

A produção de artigos referente à gestão do cuidado à pessoa idosa com TB na APS mostra-se escassa,

porém as publicações identificadas evidenciaram fragilidades e desafios enfrentados pela equipe de saúde na gestão do cuidado à população idosa.

Dentre as fragilidades identificadas na gestão do cuidado de idosos com TB na APS, esta revisão destaca: a escassez de qualificação profissional, os serviços de APS não vistos pelo usuário como porta de entrada, a carência de interação enfermeiro-usuário e a logística dos serviços de saúde.

Corroborando com este estudo, em Divinópolis (MG), buscou-se analisar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose, entrevistando profissionais de saúde atuantes na APS. Tal pesquisa revelou que, embora haja a realização da capacitação profissional, a realidade condiz com a falta de conhecimento sobre ações de vigilância, a ausência da efetivação dos exames diagnósticos e a não realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO)⁸.

Neste contexto, com foco no idoso, reconhecer os casos em que não se enquadram nos sintomas clássicos da TB, demanda um grau elevado de entendimento sobre o diagnóstico por parte do profissional; considerando as alterações fisiológicas do envelhecimento, que podem surgir como mecanismos de confusão no momento da confirmação diagnóstica⁹. Portanto, a realização de capacitações profissionais é imprescindível, principalmente no contexto da pessoa idosa, que possui particularidades que devem ser compreendidas e esclarecidas.

Um estudo desenvolvido em um município do estado da Paraíba¹⁰ está em acordo com os achados desta pesquisa, ao demonstrar que os serviços de APS não são os primeiros procurados pelos doentes de TB. Essa realidade pode estar associada ao fato de que os serviços avaliados naquele município atuam de forma embrionária quanto ao diagnóstico e controle da TB, e assim os idosos buscam outras opções que acreditam ser mais eficazes, como por exemplo, procurar unidades de referência. Os resultados deste estudo sugerem que a ESF não consegue atuar como ordenadora da rede de atenção, uma vez que a atenção especializada é acessada de modo direto pelo usuário, indicando uma estrutura organizacional frágil da rede de serviços.

Outra pesquisa verificou que os doentes de TB buscaram os serviços de saúde diversas vezes. Foram várias idas às redes de atenção sem alcançar o diagnóstico correto, tendo como consequência o uso de antibióticos desnecessários, o atraso do diagnóstico e a dificuldade em buscar serviços especializados⁸.

A logística e a nova dinâmica dos serviços de saúde, apresentadas pela ESF, são demonstradas como diferencial quanto aos programas convencionais. Fundamenta-se que a ESF visa reorientar o padrão da assistência, com o escopo de revigorar aspectos relacionados com a prevenção, promoção e educação em saúde, além de reconhecer obstáculos, identificar riscos e conceder uma assistência integral⁸.

Com o intuito de assegurar uma assistência de qualidade, tem-se que a gestão do cuidado ao idoso com TB deve se adequar ao modelo de gestão compartilhada, no qual há troca de saberes, equipe multiprofissional e distanciamento do modelo

hegemônico, possibilitando o tratamento e os recursos indispensáveis para as ações de prevenção e o controle de agravo⁴.

Diante das dimensões da gestão do cuidado, destaca-se a dimensão profissional no processo de trabalho do enfermeiro¹¹, que representa a junção entre profissionais e usuários, fundamentando a extensão da micropolítica em saúde. Essa dimensão é controlada por três elementos principais: a habilidade técnica do profissional de acordo com a sua vivência e formação, uma vez que é capaz de responder à problemática vivenciada pelo usuário, os aspectos éticos profissionais e a criação do vínculo com o outro. Tal perspectiva vai de encontro aos estudos analisados, que remetem à falta de interação enfermeiro-usuário, interferindo na não adesão ao tratamento⁶.

Um dos fatores que pode causar a ausência desse vínculo é a rotatividade dos enfermeiros e demais profissionais de saúde nos serviços da APS. O vínculo é algo imprescindível para a concretização do controle da TB, em especial na população idosa. Quanto à adesão ao tratamento, os profissionais necessitam buscar estratégias, a exemplo das visitas domiciliares para a construção desse elo. Ademais, a sobrecarga de trabalho dos profissionais pode dificultar a organização dos serviços e a construção do vínculo¹².

Estudos internacionais apontam a relevância de colocar em prática abordagens adequadas para realizar o diagnóstico e tratamento, como por exemplo, realizar ações educativas sobre a TB, momentos de diálogos e esclarecimento de dúvidas (visando a promoção da saúde) e realizar com mais exatidão o Tratamento Diretamente Observado (TDO) nas pessoas idosas¹³.

Por fim, os achados desta revisão remetem a alguns pontos de estrangulamentos na logística dos serviços da APS que fragilizam a gestão do cuidado às pessoas idosas com TB. A exemplo destes, têm-se: os horários inadequados e insuficientes de funcionamento das unidades de saúde da família, pois o esperado é que contemplem todos os indivíduos; a falta de ações específicas para a identificação das pessoas que apresentem algum sintoma sugestivo da TB (sintomáticos respiratórios); a dificuldade de manejo da demanda espontânea; a baixa resolutividade e a

diminuição do rastreamento dos casos, retardando consideravelmente o diagnóstico de TB¹⁴.

Além dessas fragilidades, um dos estudos desta revisão sinaliza a identificação de barreiras ao acesso do diagnóstico da TB relacionadas aos serviços de saúde, como, por exemplo, a transferência de responsabilidades, a ausência de visitas domiciliares, a falta de controle de comunicantes (aquele indivíduo que convive em um mesmo ambiente que um paciente com TB pulmonar ativo), a demora do serviço de saúde relacionada ao atraso na suspeita da doença e a necessidade de ir várias vezes ao serviço de saúde para a obtenção do diagnóstico repercutindo negativamente na assistência à pessoa idosa com TB na APS¹⁵. Neste contexto, quando o assunto é a gestão do cuidado à pessoa idosa com TB, é analisada a necessidade de possibilitar ações singulares que permitam um acesso adequado e rápido ao diagnóstico, mediante as particularidades e demandas em saúde do público idoso¹⁶, que proporcione alcançar um diagnóstico precoce e um tratamento adequado.

Considerando os desafios enfrentados pelos enfermeiros, na gestão do cuidado às pessoas idosas com TB na APS, foram identificados: a Educação Permanente em Saúde (EPS), a padronização dos serviços de APS como porta de entrada, a maior proximidade entre profissional e usuário e a busca por favorecer o acesso na perspectiva da integralidade. Uma das estratégias que devem ser utilizadas para qualificar os profissionais é a EPS, principalmente no que se refere à APS. Essa ação motiva a autonomia, a habilidade técnica e interpessoal, a criatividade, a qualidade e a humanização que as equipes de saúde precisam para desenvolver o planejamento e gerenciamento da assistência aos enfermos de TB. Contudo, é indispensável que as particularidades da TB no idoso, assim como nos demais grupos vulneráveis, constituam componente do desígnio das atividades de educação permanente para esses profissionais¹⁷.

Tal entendimento vai ao encontro das premissas das políticas de atenção à saúde do idoso, fazendo-se necessário primar por uma educação permanente em serviço, que contemple a discussão com os trabalhadores sobre as novas demandas de cuidados vivenciadas a partir do crescente envelhecimento populacional¹⁸.

Outro desafio identificado diz respeito à padronização dos serviços de APS como o primeiro atendimento ao usuário suspeito de TB. Observou-se que a APS, por ser considerada a porta de entrada preferencial do SUS e a responsável pelo atendimento no primeiro nível de atenção à saúde, deveria ser o serviço procurado pelos pacientes. Porém, nos estudos analisados, percebeu-se que os idosos buscavam pelos serviços especializados, privados e outros serviços de saúde, estando a APS como última opção ou, quando chegavam nesse nível de atenção, eram encaminhados de forma desnecessária para os serviços especializados¹⁹.

Ainda que o diagnóstico da doença esteja sob responsabilidade dos profissionais da APS, verifica-se, no entanto um afastamento desse profissional quanto às ações de diagnóstico da TB, o que supõe uma transferência de responsabilidade desses profissionais para os serviços especializados retardando o diagnóstico de idosos TB, que poderia ser evidenciado já na APS¹⁷.

O atraso do diagnóstico, devido à dificuldade dos trabalhadores de saúde em diferenciar os sintomas da TB, colabora para que a pessoa idosa tenha a doença por mais tempo. Ademais, possibilita a transmissão para outras pessoas idosas do seu convívio, tendo como consequência as internações hospitalares recorrentes e o aumento de casos de óbito entre os idosos^{10,14}.

Outro fator desafiador é a comunicação efetiva que pode ser realizada durante as consultas, de forma dialética ou através da educação em saúde. É preciso que o paciente compreenda claramente a sua enfermidade, o processo terapêutico e esclareça todas as dúvidas. Ademais, é importante que os profissionais saibam direcionar de maneira adequada os pacientes idosos, que podem apresentar maiores dificuldades de entendimento devido à idade e as suas comorbidades gerando uma corresponsabilização no processo de cuidado¹⁹.

Para solucionar esse entrave, faz-se necessário possibilitar maior proximidade entre trabalhadores e usuários, visando estabelecer uma relação de confiança e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento e o sucesso do controle da TB¹⁰. Quanto ao diagnóstico de TB na pessoa idosa, acredita-se que pode ser prejudicado pelas limitações que existem nos serviços

de saúde, como, por exemplo, a transferência de responsabilidades entre os profissionais, a falta de visitas domiciliares, a dificuldade de acesso e a demora no resultado de exames laboratoriais, que, dentre tantas outras, ocasionam um diagnóstico tardio, uma alta taxa de abandono e a falta de controle da TB¹⁰.

Ao evidenciar esses desafios e tentar saná-los, vários benefícios podem surgir, tais como os diagnósticos realizados previamente, a redução das taxas de mortalidade vinculadas à TB, a redução dos gastos associados à terapêutica, a construção de vínculos e uma maior proteção e controle da doença.

Evidenciou-se que os estudos sobre a gestão do cuidado ao idoso com TB são escassos e, quando realizados são de forma superficial e sucinta. A quantidade reduzida de artigos encontrados nesta revisão integrativa sinaliza uma limitação da pesquisa, que pode estar associada ao quantitativo de bases de dados consultadas.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que o conhecimento produzido referente à temática encontra-se escasso, mediante a busca realizada. Por meio dos estudos analisados,

é possível observar algumas fragilidades e alguns desafios que são enfrentados pelos enfermeiros atuantes no nível primário dos serviços de saúde. Muitas vezes, há uma dificuldade desses profissionais na implementação de ações para um diagnóstico precoce e um tratamento adequado para a população idosa com tuberculose.

Diante desse esclarecimento, sugere-se uma política de saúde que amplie a resposta do Estado e dos profissionais de saúde às necessidades da pessoa idosa diagnosticada com a doença, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Essa política de saúde subsidiária a qualificação profissional, a porta de entrada para o diagnóstico da doença, o vínculo entre profissional e paciente e a logística dos serviços de saúde, visto que esses foram os pontos mais frágeis encontrados nos estudos analisados a partir desta revisão integrativa. Para acompanhar e avaliar a efetivação dos delineamentos propostos na política de saúde, poder-se-ia utilizar tecnologias em saúde que visem auxiliar a equipe de Enfermagem de forma mais efetiva na gestão do cuidado, tanto na pesquisa quanto na prática Geriátrica e Gerontológica.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Barreira D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(1):e00100009 [4 p.].
2. Hussein MT, Youssef LM, Abusedera MA. Pattern of pulmonary tuberculosis in elderly patients in Sohag Governorate: hospital based study. *Egypt J Chest Dis Tuberc*. 2013;62(2):269-74.
3. Jung BC, Gonzeles RIC. Gestão do cuidado às pessoas com sintomas da tuberculose. *Rev Eletr Gestão [Internet]*. 2016 [acesso em 21 abr. 2020];07(1):159-75. Disponível em: 8
4. Romera AA, Barreto AJR, Pinheiro PGOD, Adário KDO, Sá LD. Discurso dos enfermeiros gestores relacionados aos condicionantes que (des)favorecem o controle da tuberculose em idosos. *Rev Gaúcha Enferm* 2016;37(4):e57327 [9 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgefn/v37n4/0102-6933-rgefn-1983-144720160457327.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
6. Cecílio LC. Curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental. Una-Sus-Unifes. Módulo 4: o cuidado em saúde [Internet]. São Paulo: UNASUS; 2015 [acesso em 01 set. 2019]. Disponível em: [ares.unasus.gov.br script=sci_arttext&pid=S141432832011000200021](http://ares.unasus.gov.br/script=sci_arttext&pid=S141432832011000200021)
7. Crossetti MDGO. Integrative review of nursing research: scientific rigor required. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2012 [acesso em 04 de mar. 2020];33(2):8-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200003#:~:text=What%20must%20be%20known%3F&text=The%20IR%2C%20when%20based%20on,that%20result%20in%20patient%20safety

8. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessoa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde Debate*. 2017;41(Esp):242-58.
9. Cecílio HPM, Teston EF, Marcon SS. Access to the diagnosis of tuberculosis from the point of view of health professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e0230014 [9 p.].
10. Andrade SLE, Rodrigues DCS, Barrêto AJR, Oliveira AAV, Santos ARB, Sá LD. Tuberculosis among the elderly: health care system gateway and late diagnosis. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(3):e5702 [9 p.].
11. Chibante CL, Santos TD, Valente GC, Santo FHE, Santos L. Nursing care management to elderly patients: the search for evidence. *Rev Enferm UFPE online*. 2016;10(Supl 2):848-58.
12. Sackser MA, Borges AM. Razões que levam os pacientes com tuberculose a abandonarem o tratamento: perspectivas do enfermeiro. *Rev Enferm Atual Derme* [Internet]. 2019;87 Supl:1-10 [acesso em 28 abr. 2020]. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/214/115>
13. Kirirabwa NS, Kimuli D, de Jene S, Biribwa E, Okello DA, Suarez PG, et al. Resposta ao tratamento antituberculose por pessoas acima de 60 anos em Kampala, Uganda. *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0208390 [10 p.].
14. Sá LD, Scatena LM, Rodrigues RAP, Nogueira JA, Silva AO, Villa TCS. Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):408-14.
15. Oliveira AAV, Sá LD, Nogueira JA, Andrade FLE, Palha PF, Villa TCS. Diagnosis of tuberculosis in older people: barriers related to Access to health services. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):145-51
16. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(3):323-32.
17. Chen CC, Chiang CY, Pan SC, Wang JY, Lin HH. Health system delay among patients with tuberculosis in Taiwan: 2003–2010. *BMC Infect Dis*. 2015;15(491):1-9.
18. Silva KM, Santos SMA. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):105-11.
19. Yellappa V, Lefèvre P, Battaglioli T, Devadasan N, Stuyft PVD. Patients pathways to tuberculosis diagnosis and treatment in a fragmented healthsystem: a qualitative study from a south Indian district. *BMC Public Health*. 2017;17:1-10.



Teste circuito ao ar livre: construção e validação de um instrumento de predição da capacidade cardiorrespiratória de idosos

Outdoor circuit test: construction and validation of an instrument for the prediction of cardiorespiratory capacity for older adults

Gabriela Rezende de Oliveira Venturini¹

Paulo de Tarso Veras Farinatti¹

Nádia Souza Lima da Silva¹

Resumo

Objetivo: Este estudo propôs construir, validar e verificar a confiabilidade de um protocolo de avaliação da capacidade cardiorrespiratória de idosos frequentadores do projeto Rio ao Ar Livre (RAL), denominado “Teste Circuito ao Ar Livre (TCAL)”. **Método:** foram realizados testes de validade e confiabilidade para verificar a acurácia do TCAL com 50 idosos ($70,6 \pm 6,3$ anos) de ambos os sexos e frequentadores do RAL. A validade foi testada através de coleta de dados de VO_{2max} em teste cardiopulmonar de exercício máximo e de variáveis do TCAL: a) Tempo de Execução do Circuito; b) Frequência Cardíaca; c) Percepção Subjetiva de Esforço; d) Frequência Cardíaca Média (FCméd). A confiabilidade foi testada através da reprodutibilidade das medidas das variáveis do TCAL, expressas pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC). A capacidade preditiva do VO_{2max} deu-se por regressão linear múltipla e a estabilidade final do modelo por análise de resíduos e cálculo das distâncias de Cook, sendo adotado o valor de $P \leq 0,05$ para significância estatística. **Resultados:** O modelo preditivo baseado na idade, sexo, circunferência da cintura, IMC e tempo de execução do circuito explicou 41% da variância do VO_{2max} , com erro-padrão de estimativa de 18,5%, e apresentou reprodutibilidade de 0,62 a 0,93. **Conclusão:** O TCAL mostrou-se válido, confiável e específico para predição da aptidão cardiorrespiratória de idosos frequentadores do RAL, mostrando adequada reprodutibilidade e positiva associação com a aptidão física dos idosos.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Política Pública. Exercício Físico. Consumo de Oxigênio.

Abstract

Objective: the present study aimed to construct, validate and verify the reliability of a protocol for assessing the cardiorespiratory capacity of older adults attending the Rio ao Ar Livre (Open Air Rio, or RAL) project entitled the “Outdoor Circuit Test” (OCT).

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Programa de Pós-graduação em Ciências do Exercício e do Esporte, Laboratório de Atividade Física e Promoção da Saúde (LABSAU). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Gabriela Rezende de Oliveira Venturini
gabriela-venturini@hotmail.com

Recebido: 03/03/2019

Aprovado: 15/06/2020

Method: validity and reliability tests were carried out to assess the accuracy of the OCT, with 50 older adults (70.6 ± 6.3 years) of both sexes who regularly attended the RAL. Validity was tested by collecting $VO_{2\text{máx}}$ data under maximal cardiopulmonary exercise test conditions, and the OCT variables: a) Circuit Execution Time; b) Heart Rate; c) Subjective Perception of Exertion; d) Average Heart Rate (HR_{méd}). Reliability was tested through the reproducibility of the measurements of the OCT variables, expressed by the Intraclass Correlation Coefficient (ICC). The predictive capacity of $VO_{2\text{máx}}$ was given by multiple linear regression and the final stability of the model by the analysis of the residues and the calculation of Cook's distances, with a value of $P \leq 0.05$ adopted for statistical significance. *Results:* the predictive model based on age, sex, waist circumference, BMI and circuit execution time explained 41% of $VO_{2\text{máx}}$ variance, with a standard error of estimate of 18.5%. *Conclusion:* the OCT exhibited satisfactory reproducibility (0.62 to 0.93), and proved to be valid, reliable, and specific for predicting the cardiorespiratory fitness of older adults attending RAL, demonstrating adequate reproducibility and a positive association with the physical fitness of older adults.

Keywords: Aging. Public policy. Physical Exercise. Oxygen Consumption.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano envolve alterações fisiológicas que impactam na diminuição das capacidades físicas, que podem promover a redução da funcionalidade global do idoso^{1,2}. Nesse sentido, para garantir um envelhecimento populacional ativo e saudável políticas públicas voltadas para a prática de exercícios físicos têm sido implementadas no Brasil³⁻⁵.

Com tal propósito, na cidade do Rio de Janeiro (RJ) foi criado o projeto “Rio ao Ar Livre” (RAL), cujo objetivo é garantir o acesso e estimular a prática regular de exercícios físicos da população idosa através da construção em espaços públicos de academias de ginástica dotadas de equipamentos que utilizam o peso e a força do próprio usuário para movimentá-los⁶. O projeto possui um protocolo de sessão de treino em forma de circuito misto (composto por exercícios aeróbios e de força muscular) que é orientado por profissionais de Educação Física e aplicado em todos os seus polos. Todavia, não possui um instrumento de avaliação da aptidão física adequado às características específicas do circuito e dos seus aparelhos⁷.

A utilização de algum instrumento de avaliação da aptidão física em programas de exercícios físicos é importante para nortear planejamentos e ajustes visando melhores resultados do desempenho dos sujeitos envolvidos⁷. Assim, a implementação de um instrumento de avaliação cardiorrespiratória no RAL

seria uma forma simples e adequada de acompanhar os impactos deste programa^{6,7}.

O consumo máximo de oxigênio ($VO_{2\text{máx}}$) é considerado o melhor indicador da capacidade cardiorrespiratória¹. Sua medida direta é obtida através de testes máximos realizados em laboratórios e requer equipamentos específicos⁸ e caros, o que inviabiliza sua utilização em políticas públicas⁹. Entretanto, o $VO_{2\text{máx}}$ pode ser estimado indiretamente através de testes de campo realizados com esforço submáximo, sendo mais acessíveis e aplicáveis a grandes populações¹⁰.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi construir, validar e verificar a confiabilidade de um protocolo de avaliação da capacidade cardiorrespiratória de idosos frequentadores do RAL, denominado Teste Circuito ao Ar Livre (TCAL).

MÉTODOS

O presente estudo configura-se como transversal, já que faz um corte instantâneo em uma população por meio de uma amostragem¹¹, no qual foi determinada a acurácia do Teste Circuito ao Ar Livre (TCAL) através da verificação da sua validade e confiabilidade. Determinou-se a validade através da comparação dos dados do teste cardiopulmonar de exercício máximo (TCPE) e do TCAL, enquanto a confiabilidade foi definida através da reprodutibilidade das medidas do TCAL.

A amostra constituiu-se por todos os 50 idosos ($70,6 \pm 6,3$ anos) que frequentavam o polo do RAL da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), de ambos os sexos e diferentes níveis de prática de exercícios físicos. Como critérios de exclusão foram adotados: a) presença de problemas osteomioarticulares que pudessem prejudicar a realização de exercícios; b) falta de liberação médica para a prática de atividades físicas.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a resolução 466 de 17 de dezembro de 2012 e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (parecer nº 1.359.995).

A coleta de dados foi realizada por um único avaliador e aconteceu no Laboratório de Atividade Física e Promoção da Saúde (LABSAU), do Instituto de Educação Física e Desporto da UERJ, no período de março a julho de 2016. Com o total da amostra, a coleta foi realizada em duas visitas, separadas por intervalos de 48-72 horas. Na primeira visita foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; aplicada uma anamnese (na qual foram coletadas informações acerca das doenças diagnosticadas e o uso de medicamentos); coletadas as medidas das variáveis estatura, massa corporal e circunferência da cintura; e realizado o TCPE; na segunda visita foi realizado o TCAL. Para a determinação da reprodutibilidade das medidas do TCAL, sete dias após a segunda visita uma terceira foi efetivada por 20% da amostra, que repetiu o teste. Como todos os sujeitos da pesquisa eram frequentadores ativos do RAL e suas liberações médicas são feitas através de TCPE, já estavam familiarizados com os procedimentos da coleta de dados do presente estudo.

As medidas da massa corporal e estatura foram realizadas seguindo a padronização de Gordon et al.¹², por meio de uma balança digital com estadiômetro com precisão de 0,1 kg (Filizola, São Paulo, SP, Brasil) e determinaram o Índice de Massa Corporal (IMC) pelo quociente massa corporal (Kg) / (estatura, m)². A circunferência da cintura, medida em seu ponto mais alto, foi verificada em centímetros com uma trena antropométrica (Sanny, São Paulo, SP, Brasil).

O TCPE foi realizado em cicloergômetro (Inbrasport, Porto Alegre, RS, Brasil) por meio de protocolo em rampa individualizado⁸. Embora esse ergômetro seja apontado como inadequado por alguns autores, por induzir maior fadiga periférica¹³, essa opção deu-se por também existirem estudos que defendem seu uso com idosos, já que esteiras não consideram as alterações na marcha, os níveis reduzidos de capacidade cardiorrespiratória, equilíbrio e força, além de um maior risco de quedas, que acompanham o processo de envelhecimento e influenciam seus resultados¹³⁻¹⁵.

A carga máxima da rampa foi estimada a partir de um modelo sem exercício para a predição do VO_{2max} ¹⁶. A razão de incremento das cargas foi delineada de forma a possibilitar uma duração dos testes entre 8 e 12 minutos. Durante a aplicação dos testes, a temperatura situou-se entre 18°C e 22°C e a umidade relativa do ar entre 50% e 70%, medidos através de um termo higrômetro digital HM-01 (São Paulo, SP, Brasil). O teste era considerado máximo na presença de três entre os seguintes critérios: a) exaustão voluntária máxima; b) obtenção de platô para o consumo de oxigênio com a evolução das cargas ao final do teste; c) $R > 1.1$; d) obtenção de Frequência Cardíaca (FC) maior que 95% da prevista para a idade ou estabilização da FC de pico com a evolução das cargas ao final do teste; e) valor da escala de percepção subjetiva de esforço (PSE) maior que 9¹⁷. As variáveis de trocas gasosas foram aferidas por analisador de gases, Ultima (Medical Graphics, USA) e a FC através de eletrocardiograma (Welch Allyn, USA). Por segurança o teste foi realizado na presença de um cardiologista.

O TCAL consiste na realização, em um menor tempo possível, de um circuito misto⁷. Esse circuito é um método combinado de exercícios aeróbios e resistidos executados nos aparelhos do RAL, em todos os seus polos.

A Figura 1 mostra a divisão do circuito em sete estações: quatro de exercícios aeróbios (AE) - 1^a, 3^a, 5^a e 7^a, e três de exercícios resistidos (RE) - 2^a, 4^a e 6^a. As estações de AE possuíam tempo fixo de cinco minutos cada uma. Os RE foram realizados alternando membros superiores e inferiores. Nas 2^a

e 4ª estações eram realizados seis RE com 1 série de 15 repetições. Já a 6ª estação foi composta de três exercícios com 2 séries de 15 repetições para equilibrar o número de repetições. Os RE da 2ª e 4ª estação foram: supino vertical, cadeira extensora, puxada *pulley*, agachamento livre (sentar e levantar do banco), desenvolvimento, e cadeira flexora. Já os da 6ª estação foram: *leg press* sentado, remada sentada, panturrilha no *leg press*.

As variáveis do circuito coletadas para possível inclusão no modelo preditivo foram: a) Tempo de Execução do Circuito (TEC) em segundos; b) Frequência Cardíaca dos últimos 30 segundos do circuito (FC_{30seg}) em batimentos por minuto; c) PSE; d) Frequência Cardíaca Média ($FC_{méd}$); e) Frequência Cardíaca Máxima ($FC_{máx}$). Tais variáveis foram escolhidas por serem de fácil mensuração, uma vez que o modelo preditivo desenvolvido objetivou atender a uma política pública.

A PSE foi identificada por meio da Escala de Borg- Adaptada 0-10¹⁷ ao final de cada estação aeróbia (1ª, 3ª, 5ª e 7ª) do circuito. A FC e o TEC foram aferidos por meio do monitor Polar V800 (Polar, Kempele, Finlândia).

A normalidade das variáveis foi ratificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* e seus dados descritos pela média e desvio-padrão, valor mínimo e máximo. A reprodutibilidade do TEC, FC e PSE foi avaliada pelo

Coefficiente de Correlação Intraclassa (ICC), o qual considera valores de R acima de 0,90 altos; de 0,80 a 0,89 moderados; e abaixo de 0,80 questionáveis para dados fisiológicos¹⁸. Para testar diferenças entre idosos que faziam ou não uso de betabloqueador foi usado o teste t de Student para amostras independentes.

Para avaliar a capacidade preditiva do circuito em relação ao $VO_{2máx}$ utilizou-se o método *stepwiseforward* de regressão linear múltipla. As variáveis foram incluídas no modelo de acordo com sua significância de contribuição para a estimativa e redundância. O cálculo da equação de regressão foi realizado após testagem para vieses devido à presença potencial de *outliers* e casos extremos. A estabilidade final do modelo foi testada por análise de resíduos e cálculo das distâncias de Cook. Foi adotado o valor de $p \leq 0,05$ para significância estatística.

RESULTADOS

A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1. Os homens representaram 34% da amostra, enquanto as mulheres 66%. A $FC_{máx}$, $FC_{média}$ e FC_{30s} alcançada durante o circuito foi de $86 \pm 12\%$, $75 \pm 11\%$ e $76 \pm 12\%$ da $FC_{máx}$ do teste de esforço, respectivamente. Considerando a $FC_{máx}$ durante o circuito, a variação foi de 65 a 138%; pela $FC_{média}$ a variação foi de 55 a 120% e pela FC_{30s} a variação foi de 56 a 129% da $FC_{máx}$ alcançada no teste de esforço.

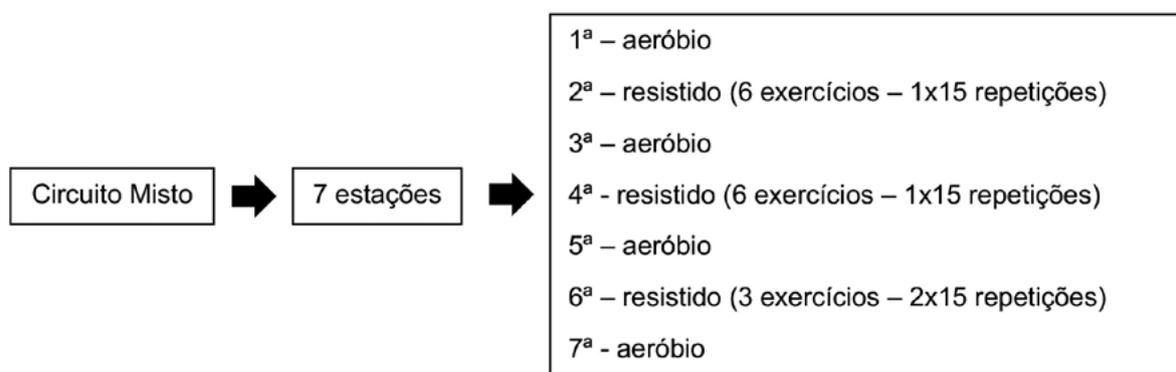


Figura 1. Circuito misto realizado no Rio ao Ar Livre da cidade Rio de Janeiro, RJ, 2014.

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=50; H=17; M=33). Rio de Janeiro, 2020.

Variável	Média(±dp)	Mínimo-Máximo
Características gerais		
Idade (anos)	70,6±6,3	60 – 88
Massa Corporal (Kg)	69,3±11,2	45,6 – 99
Estatura (m)	1,59±0,08	1,45 – 1,77
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	27,2±3,9	19,0 – 36,1
Cintura (cm)	95,7±10,2	79 – 119,5
Frequência Cardíaca (bpm)	68±11	41 – 98
Teste Cardiopulmonar de Exercício Máximo		
VO _{2máx} (ml.kg ⁻¹ .min ⁻¹)	16,2±3,7	10 – 30,6
FC _{Máx} (bpm)	137±20	94 – 170
PSE	6,8±1,5	5 – 10
Teste de circuito ao ar livre		
TEC (min)	27,8 ± 2,0	25,1 – 34,4
FC _{Máx} (bpm)	116 ± 15	85 – 148
FC _{média} (bpm)	101 ± 13	78 – 132
FC _{30s} (bpm)	103 ± 14	79 – 138
PSE	4,7 ± 0,8	3 – 6

Fonte: o autor, 2020. Caracterização apresentada através de valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo; H=Homens; M=Mulheres; VO_{2máx}=consumo máximo de oxigênio; FC_{máx}=frequência cardíaca máxima; PSE=percepção subjetiva de esforço; TEC=tempo de execução do circuito; FC_{média}=frequência cardíaca média; FC_{30s}= frequência cardíaca dos últimos trinta segundos do circuito.

No TCPE não foi observada diferença significativa no VO_{2máx} dos idosos que usavam betabloqueadores daqueles que não usavam (16,2±1,9 vs. 16,1±4,0 ml/kg/min, respectivamente; *p*=0,92), enquanto a FC_{máx} dos que usavam o mesmo foi menor (118±15 vs. 140±18 bpm, respectivamente; *p*=0,003). Igualmente, no TCAL a FC foi menor no grupo betabloqueado (FC_{máx}: 101±11 vs. 119±14 bpm; *p*=0,001; FC_{média}: 90±10 vs. 103±12 bpm; *p*=0,006; FC_{30s}: 89±9 vs. 105±14 bpm; *p*=0,003).

Na Tabela 2 observa-se a reprodutibilidade das medidas do TEC, FC e PSE durante o TCAL. A reprodutibilidade foi satisfatória somente para as variáveis TEC, FC_{máx} e FC_{30s}, considerando que não foram encontradas diferenças significativas entre seus valores médios de teste e reteste (*p*-valor) e que seus valores de ICC foram iguais ou acima de 0,90.

O modelo gerou a seguinte equação de predição (R=0,64, R²=0,41, erro padrão=2,86 ml.kg⁻¹.min⁻¹, F(5,43)=5,90, *p*<0,001): VO_{2máx} (ml.kg⁻¹.min⁻¹) = 38,77 - 4,11 (sexo; M=0, F=1) - 0,12 (idade, anos) + 0,19 (IMC, kg.m²) - 0,13 (TEC, min) - 0,13 (circunferência da cintura, cm), conforme resultados apresentados na Tabela 3. Em suma, nosso modelo foi capaz de explicar 41% da variância no VO_{2máx} (associação moderada - r=0,64), com erro aproximado de 3 ml.kg⁻¹.min⁻¹. Após testagem para *outliers*, apenas um caso foi excluído (sexo feminino, 72 anos, 54,4 kg) para conferir estabilidade e precisão máximas do modelo (n final =49).

Os coeficientes Beta demonstraram que a contribuição relativa de cada variável oscilou entre 7% e 56% (Tabela 3). Apesar da pequena contribuição do TEC, a manutenção dessa variável no modelo justifica-se pelo fato de ter sido capaz de aumentar o R² e diminuir o erro padrão (Tabela 3).

Tabela 2. Reprodutibilidade do tempo de execução (TEC), frequência cardíaca máxima (FC_{máx}), média (FC_{média}) e dos últimos trinta segundos do circuito (FC_{30s}) e percepção subjetiva de esforço (PSE) na realização do TCAL (n=10; H=17, M=33). Rio de Janeiro, 2020.

Variáveis	Medida 1 Média(±dp)	Medida 2 Média(±dp)	p-valor	ICC (IC95%)
TEC (min)	27,6 ± 1,2	27,4 ± 1,2	0,25	0,93 (0,72 – 0,98)
FC _{máx} (bpm)	118 ± 15	116 ± 14	0,55	0,90 (0,60 – 0,97)
FC _{média} (bpm)	101 ± 11	104 ± 13	0,41	0,62 (-0,51 – 0,90)
FC _{30s} (bpm)	103 ± 17	99 ± 13	0,10	0,93 (0,69 – 0,98)
PSE	5,3 ± 0,5	4,8 ± 0,7	0,20	0,24 (-1,90 – 0,88)

Fonte: o autor, 2020. Reprodutibilidade realizada através do coeficiente de correlação intraclasse (ICC) e teste t pareado para diferença entre médias das medidas de teste e reteste; H=Homem; M=Mulher; IC95%=intervalo de confiança; TEC=tempo de execução do circuito; FC_{máx}=frequência cardíaca máxima; FC_{média}=frequência cardíaca média; FC_{30s}=frequência cardíaca dos últimos trinta segundos do circuito. PSE=percepção subjetiva de esforço.

Tabela 3. Modelo preditivo do VO_{2máx} em idosos (n=50; H =17; M =33). Rio de Janeiro, 2020.

Variáveis predictoras	Coeficientes		Coeficiente Padronizado	t (43)	p
	Não-Padronizados	Erro-Padrão			
	β		β		
Intercepto	38,76	7,66		5,06	<0,001*
Sexo (feminino)	-4,11	0,96	-0,55	-4,27	<0,001*
Idade (anos)	-0,12	0,07	-0,22	-1,79	0,08
IMC (Kg/m ²)	0,18	0,17	0,21	1,07	0,29
Circunf. Cintura (cm)	-0,13	0,06	-0,38	-2,12	0,04*
TEC (min)	-0,13	0,22	-0,07	-0,58	0,56

Fonte: o autor, 2020. *Significância estatística (p-valor<0,001); Modelo de regressão linear múltipla – método *stepwiseforward*; IMC=índice de massa corporal; TEC=tempo de execução do circuito.

A adequação do modelo preditivo foi realizada por teste de resíduos e cálculo das distâncias de Cook; o modelo produziu resíduos pequenos e distâncias de Cook com baixa amplitude.

DISCUSSÃO

O presente estudo propôs a construção de um instrumento de avaliação da capacidade cardiorrespiratória de idosos, considerando características específicas do projeto RAL. Tal construção consistiu em testar a acurácia e confiabilidade do TCAL.

O VO_{2máx} pode ser predito com boa acurácia a partir de testes de campo, quando um número determinado de variáveis independentes é usado através de procedimentos de regressão linear

múltipla¹⁰. No entanto, estudos com idosos até então disponíveis utilizaram protocolos de *step* ou caminhada que apresentam pouca especificidade com relação aos exercícios propostos no RAL^{10,19-22}.

O modelo preditivo elaborado, baseado na idade, sexo, circunferência da cintura, IMC e TEC, explicou 41% da variância do VO_{2máx}, com erro-padrão de estimativa de 18,5%, e apresentou adequada reprodutibilidade.

Entretanto, apesar de o modelo ser significativo para predizer o VO_{2máx} dos idosos, o coeficiente de correlação múltipla (R=0,64) e a variância comum associada (R²=0,41) sugerem que, embora válido, o percentual de explicação do VO_{2máx} do modelo é baixo, comparado a estudos anteriores^{14,19-23}. Uma provável explicação para esse fato pode estar na utilização do cicloergômetro para determinar a medida direta

do $VO_{2m\acute{a}x}$, já que este pode induzir maior fadiga periférica¹³. Entretanto, autores defendem seu uso, já que esteiras não consideram que as alterações na marcha dos idosos e seus níveis reduzidos de capacidade cardiorrespiratória, equilíbrio e força muscular influenciam seus resultados¹³⁻¹⁵.

Outro fato importante que pode ter influenciado nos resultados é que o TCAL envolve a realização de exercícios combinados e não apenas aeróbios. Todavia, tendo em vista o ideal de desenvolver uma ferramenta de avaliação que se aproximasse da realidade do RAL, essa proposta apresenta-se como uma opção para os profissionais que atuam no referido projeto, ainda que apresente limitações^{6,7,9}.

Destaca-se que existem protocolos de predição do $VO_{2m\acute{a}x}$ sem a realização de exercício, que utilizam informações sobre o nível de atividade física do idoso, que oferecem estimativas razoáveis sobre sua aptidão cardiorrespiratória, sendo bem aceitos na área²⁴, todavia, eles não possuem aproximação com as especificidades do RAL¹⁰.

Um ponto positivo do modelo de predição do TCAL é que o erro-padrão de estimativa observado (2,86 mL.kg⁻¹.min⁻¹) foi menor em magnitude àqueles observados em outros testes de campo propostos²⁰⁻²³, mas a média de $VO_{2m\acute{a}x}$ da amostra representou 18,5% da média mensurada, ao contrário de outros estudos que observaram valores de 9 a 15%^{21,23}. Valores de imprecisão próximos a 20% foram observados também em idosos em teste de banco, em que a amostra foi de tamanho similar a deste estudo¹⁴.

As variáveis sexo, idade, IMC e TEC também foram utilizadas em estudos anteriormente realizados com idosos, que propuseram equações de predição do $VO_{2m\acute{a}x}$ com base em testes submáximos de banco¹⁹ e caminhada²⁰⁻²². As variáveis sexo, idade e IMC são também muito comuns em equações de predição do $VO_{2m\acute{a}x}$ sem a realização de exercício, embora os modelos que contêm informação sobre o nível de atividade física dos indivíduos fornecem estimativas mais precisas²⁴.

Dentre os estudos incluídos na revisão sistemática de Venturini et al.¹⁰, apenas o de Jetté et al.¹⁹ apresentou coeficientes explicativos de cada variável

do modelo. No presente estudo, verificou-se que as variáveis com maior poder explicativo foram o sexo e a circunferência da cintura. As variáveis: idade, IMC e TEC foram acrescentadas ao modelo final com a finalidade de melhor ajustá-lo.

Com relação a amostra, 66% dos sujeitos eram mulheres, 16% usavam betabloqueador e apresentaram valores médios de $VO_{2m\acute{a}x}$ de 16,2 mL.kg⁻¹.min⁻¹, variando de 10 a 30 mL.kg⁻¹.min⁻¹, o que significa baixa aptidão cardiorrespiratória. Em estudos anteriores foram observados valores médios de $VO_{2m\acute{a}x}$ entre 24-26 mL.kg⁻¹.min⁻¹ e 29,5-35,7 mL.kg⁻¹.min⁻¹²¹. Desse modo, não é possível afirmar que a presente equação se aplica a idosos com maiores níveis de condicionamento físico. O estudo de Oja et al.²¹, por exemplo, constatou que a equação de predição do $VO_{2m\acute{a}x}$ a partir do teste de caminhada de 2km não foi válida para indivíduos muito ativos.

Ressalta-se ainda que no modelo de regressão foram incluídos tanto os idosos que fazem uso de betabloqueador quanto aqueles que não o utilizam, uma vez que, no teste de esforço máximo, não foram observadas diferenças significativas no seu $VO_{2m\acute{a}x}$. Isto, a priori, não parece ser um problema, haja vista que na amostra de validação cruzada do estudo de Petrella et al.²³ não foi observada diferença entre pacientes hipertensos e pós-artroscopia de quadril com os indivíduos saudáveis.

As análises da reprodutibilidade constataram que os escores das variáveis mensuradas no TCAL foram altamente correlacionados nas duas tentativas realizadas, apresentando coeficiente de correlação intraclasse entre 0,62 a 0,93. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram valores ICC acima de 0,90 por este ser considerado alto para dados fisiológicos¹⁸. As variáveis que apresentaram maior reprodutibilidade foram o TEC e a FC_{30s} (ICC = 0,93). Além de se mostrar válido, todo teste deve ser reprodutível, pois é importante que haja estabilidade na sua medida. Isso contribui para que o erro de mensuração seja minimizado. Testes com alta reprodutibilidade são importantes nos estudos que envolvem intervenção, pois fornecem confiança sobre seus reais efeitos²⁵.

Dentre as variáveis do modelo preditivo destaca-se o TEC por ser uma variável de simples mensuração, que não requer equipamentos específicos, tornando o teste de baixo custo. O coeficiente de reprodutibilidade do TEC é similar aos observados em outros estudos com idosos, tais como no teste de caminhada de 6 minutos ($r=0,88$)²² e no teste de caminhada de 2km ($r=0,90$)²¹. Já a $FC_{méd}$ e a PSE não apresentaram consistência nas medidas. Uma possível explicação para isso é que a relação de predição entre a PSE e a FC em idosos não tem sido muito bem definida. Inclusive, no estudo de Oja et al.²¹ a PSE também não foi considerada variável preditora do $VO_{2máx}$ no teste de caminhada de 2km.

Como limitações do presente estudo destacam-se: a falta de cálculo amostral, a falta de uma etapa de validação cruzada para verificação da validade externa do TCAL, a generalização do modelo quanto ao sexo, e, possivelmente, a utilização do cicloergômetro na execução do TCPE. No presente estudo optou-se por formar a amostra somente com os frequentadores do polo UERJ, por este ter na época da coleta status de uma Academia Escola, cujo objetivo era justamente desenvolver estudos para respaldar cientificamente o projeto, entretanto, o cálculo amostral seria importante para garantir a representatividade da população de idosos usuários do RAL. Igualmente, a validação cruzada poderia mostrar se o TCAL possui validade externa¹⁸, o que é importante tendo em vista que o projeto abrange diferentes regiões do Rio de Janeiro-RJ. Além disso, um modelo específico por sexo poderia aumentar o poder de explicação do $VO_{2máx}$ de idosos frequentadores da RAL¹⁸, considerando as diferenças biológicas existentes entre homens e mulheres. Por último, a utilização da esteira na realização do TCPE, embora essa também possua limitações no caso de idosos, poderia proporcionar maiores coeficientes de explicação da variância do $VO_{2máx}$ ⁸.

CONCLUSÃO

O presente estudo construiu um instrumento de avaliação válido e confiável para predição

da capacidade cardiorrespiratória de idosos frequentadores do RAL.

Como um teste de campo, o TCAL tem a vantagem de ser simples, de fácil aplicação e específico para o projeto RAL. Podendo ser uma alternativa viável quando a medida direta do $VO_{2máx}$ não for possível de ser realizada. Assim, entende-se que o TCAL pode ser utilizado para obtenção de resultados capazes de comparar e classificar o condicionamento dos frequentadores do projeto RAL, o que seria essencial para melhorar a eficácia do treinamento realizado, já que não basta somente que sua prática seja orientada, mas, principalmente, que essa orientação seja pautada nas reais condições físicas de cada praticante.

Outra vantagem que deve ser destacada é que o TCAL serve especialmente para motivar os alunos e monitorar a sua condição física a partir do momento em que a diminuição do tempo de execução no circuito implica em melhor condição física, podendo impactar na mudança de comportamento dos idosos, no sentido de otimizar a realização dos exercícios para aumentar seu condicionamento físico. Nesse sentido, este estudo possui grande potencial para uma aplicação prática.

Uma sugestão para estudos futuros é a inclusão do nível de atividade física habitual como possível variável preditora do $VO_{2máx}$ dos idosos em novos modelos, pois sabe-se que a natureza e a intensidade das atividades físicas cotidianas influenciam a aptidão cardiorrespiratória dos indivíduos.

Por fim, ressalta-se que a implementação do projeto RAL já representa, por si só, um grande avanço em termos de saúde pública para a população idosa da cidade do Rio de Janeiro-RJ, e a possibilidade de realização de estudos que busquem contribuir de alguma forma para o seu aperfeiçoamento é importante para lhe dar embasamento científico, tornando a prática de exercícios físicos nesses espaços mais eficaz e segura para os idosos.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Rezende LFM, Rabacow FM, Viscondi JYK, Luiz OC, Matsudo VKR, Lee IM. Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases and life expectancy in Brazil. *J Phys Act Health*. 2015;12(3):299-306.
2. Soares MFN, Maia LC, Costa SM, Caldeira AP. Dependência Funcional em idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):1-14.
3. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:143-61.
4. Mathias NG, Melo Filho J, Szkudlarek AC, Gallo LH, Fermino RC, Gomes ARS. Motivos para a prática de atividades físicas em uma academia ao ar livre de Paranaguá-PR. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2019;41(2):222-8.
5. Silva LGC, Oliveira FS, Martins IS, Martins FES, Garcia TFM, Sousa ACPA. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):1-10.
6. Silva NL, Brasil C, Furtado H, Costa J, Farinatti PTV. Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. *Rev HUPE*. 2014;13(2):75-85.
7. Cordeiro R, Monteiro W, Cunha F, Pescatello LS, Farinatti P. Influence of acute concurrent exercise performed in public fitness facilities on ambulatory blood pressure among older adults in Rio de Janeiro city. *J Strength Cond Res*. 2018;32(10):2962-70.
8. Cunha FA, Midgley A, Montenegro R, Vasconcellos F, Farinatti P. Utility of a non-exercise VO_{2max} prediction model for designing ramp test protocols. *Int J Sports Med*. 2015;36(10):796-802.
9. Cranney L, Phongsavan P, Kariuki M, Stride V, Scott A, Hua M, et al. Impact of an outdoor gym on park users' physical activity: a natural experiment. *Health Place* [Internet]. 2016 [acesso em 29 mar. 2020];37:26-34. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829215001495?via%3Dihub>
10. Venturini GR, Farinatti PTV, Silva NSL. Cardiorespiratory tests of field in elderly: a systematic review. *Motricidade*. 2017;13(S1):192-200.
11. Kesmodel US. Cross-sectional studies: what are they good for? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(4):388-93.
12. Gordon C, Chunlea WC, Roche AF. Stature, recumbent length, and weight. Champaign: Human Kinetics; 1988.
13. Alves AM, Oliveira DN, Araújo RHO, Couto JO, Morais Júnior GS, Morais DB, et al. Fatores associados à baixa aptidão cardiorespiratória em idoso. *Motricidade* [Internet]. 2019 [acesso em 29 mar. 2020];15(S3):47-53. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/18728/14569>
14. Pogliaghi S, Bellotti C, Paterson DH. "Tailored" submaximal step test for VO_{2max} prediction in healthy older adults. *J Aging Phys Act*. 2014;22(2):261-8.
15. Frazão M, França LMSM, Bezerra SCM, Silva PE. Relationship of ventilatory inefficiency and low cardiorespiratory fitness in the elderly: a retrospective observational study. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(4):e190025 [8 p.].
16. Matthews CE, Heil DP, Freedson PS, Pastides H. Classification of cardiorespiratory fitness without exercise testing. *Med Sci Sports Exerc*. 1999;31(3):486-93.
17. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc*. 1982;14(5):377-81.
18. Vincent WJ, Weir JP. *Statistics in Kinesiology*. 5ª ed. Champaign: Human Kinetics Publisher; 2020.
19. Jette M, Campbell J, Mongeon J, Routhier R. The Canadian Home Fitness Test as a predictor for aerobic capacity. *Can Med Assoc J*. 1976;114(8):680-2.
20. Kline GM, Porcari JP, Hintermeister R, Freedson PS, Ward A, McCarron RF, et al. Estimation of VO_{2max} from a one-mile track walk, gender, age, and body weight. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 1987 [acesso em 25 jan. 2020];19(3):253-9. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=3600239>
21. Oja P, Laukkanen R, Pasanen M, Tyry T, Vuori I. A 2-km walking test for assessing the cardiorespiratory fitness of healthy adults. *Int J Sports Med*. 1991;12(4):356-62.
22. Rikli R, Jones J. The Reliability and validity of a 6-Minute Walk Test as a measure of physical endurance in older adults. *J Aging Phys Activ*. 1998;6:363-75.
23. Petrella RJ, Koval JJ, Cunningham DA, Paterson DH. A Self-paced step test to predict aerobic fitness in older adults in the primary care clinic. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(5):632-8.

24. Maranhão Neto GA, Farinatti PTV. Equações de predição da aptidão cardiorrespiratória sem testes de exercício e sua aplicabilidade em estudos epidemiológicos: revisão descritiva e análise dos estudos. Rev Bras Med Esporte. 2003;9(5):304-14.

25. Matias GHL, Guerra ACCG, Souza Filho BAB, Lima JTO, Carmo CN, Mattos IE. Repetibilidade e reprodutibilidade de um manual de exercícios físicos domiciliares. Fisioter Pesqui. 2018;25(2):209-16.



Programa Academia Carioca da Saúde: Cotidiano, lazer e saúde de idosos

The Rio Health Gym Program: Daily life, leisure and health of older adults

Marielle Cristina Gonçalves Ferreira¹ 

Luiz Fernando Rangel Tura² 

Rafael Celestino da Silva¹ 

Márcia de Assunção Ferreira¹ 

Resumo

Objetivo: Identificar as atividades realizadas por idosos integrantes do Programa Academia Carioca da Saúde em seus cotidianos e analisar as contribuições de tais práticas para a saúde e qualidade de vida. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada por meio de entrevista com 30 idosos frequentadores de uma Academia da Saúde, na cidade do Rio de Janeiro (RJ). A análise foi do tipo lexicográfico, com uso do software Alceste. **Resultados:** Foram geradas cinco classes lexicais. As atividades físicas e de lazer se expressam nas classes 2 e 3. Os depoimentos que compõem as classes lexicais evidenciam que os idosos realizam as atividades cotidianas com autonomia e independência. Eles avaliam que as atividades promovem a integração dos participantes, incrementa a participação social e beneficiam a saúde e a qualidade de vida atribuindo sua proatividade à participação no grupo de convivência. **Conclusão:** As atividades diversificam o cotidiano, incrementam a socialização e as oportunidades de lazer de idosos, conseqüentemente a saúde, na medida em que oportuniza ampliação das relações sociais.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Qualidade de Vida. Atividades de Lazer. Atividade Motora. Política Pública.

Abstract

Objective: to identify the activities performed by older adults as part of the Rio Health Gym Program in their daily lives, and analyze the contributions of these practices to their health and quality of life. **Method:** a qualitative, exploratory and descriptive study was conducted using interviews with 30 older adults who attended a health center in the city of Rio de Janeiro (RJ). Lexicographic analysis was performed using the Alceste software program. **Results:** five lexical classes were generated. Physical and leisure activities

Keywords: Health of the Elderly. Quality of Life. Leisure Activities. Motor Activity. Public Policy.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Laboratório de História, Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Processo no. 310399/2015-7, Bolsa de Produtividade em Pesquisa. Capes Demanda Social, Bolsa de Estudos.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Márcia de Assunção Ferreira
marcia.eean@gmail.com

Recebido: 15/04/2019
Aprovado: 10/06/2020

comprised classes 2 and 3. The statements that made up the lexical classes showed that older adults carried out their daily activities with autonomy and independence. According to their assessment, the activities promote the integration of participants, increase social participation and benefit health and quality of life. They attribute their proactivity to participation in the social group. *Conclusion:* the activities bring diversity to daily living, increase socialization and leisure opportunities, and consequently improve the health of older people by facilitating social relationships.

INTRODUÇÃO

A Política de Envelhecimento Ativo (PEA) promove oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (QV) de pessoas em processo de envelhecimento. A PEA estimula a percepção sobre o bem-estar físico, social e mental no curso da vida, a participação na sociedade de acordo com as necessidades, os desejos e as capacidades das pessoas, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. Idade avançada não implica dependência, portanto, o envelhecimento ativo deve integrar políticas públicas de saúde¹.

As crises econômicas, políticas e sociais afetam as políticas sociais e as instituições públicas com consequências em vários setores, especialmente no previdenciário e na saúde. Não obstante, para que a PEA atinja o objetivo de promover o envelhecimento saudável, os serviços de saúde precisam prestar atendimento qualificado à população, de prevenção e promoção da saúde. Assim, é fundamental que no curso da vida, o indivíduo acumule capital social, intelectual, financeiro e saúde, sendo tal responsabilidade individual, mas também do Estado².

Estratégias abrangentes no curso da vida podem fornecer uma base sólida para os países responderem aos desafios do envelhecimento populacional³. Destaca-se a importância das ações do Estado no que compete à saúde populacional, de modo que as pessoas tenham oportunidades de viver dignamente, tenham acesso a bens e serviços que lhes permitam fazer escolhas saudáveis. Nesse sentido, para além dos determinantes sociais da saúde, as políticas públicas devem considerar as determinações sociais, que implicam QV da população.

Pesquisa realizada em uma cidade do Nordeste dos Estados Unidos da América com pessoas

entre 19-63 anos evidenciou que praticantes de atividades de lazer mostraram-se mais bem-humorados, com mais interesse, menos estresse e menor frequência cardíaca daqueles que não as praticavam, evidenciando a efetividade de lazer na melhoria da saúde e do bem-estar⁴.

Estudo desenvolvido no Japão identificou resposta inversa entre a quantidade de atividade física no lazer e o risco de incapacidade com demência em homens, concluindo que um nível mais alto de atividade física deve ser recomendado para homens idosos jovens para prevenir incapacidades com demência⁵. Outra pesquisa evidenciou associação de níveis mais altos de atividade física no lazer a uma avaliação mais positiva da memória em adultos de meia idade e idosos⁶. Em vista disso, as atividades físicas e de lazer têm sido recomendadas na promoção de saúde de idosos.

Em 2011 foi criado o Programa Academia da Saúde (PAS), uma das estratégias articuladas à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tendo em vista como um de seus eixos tratar das práticas corporais e atividades físicas. Esse Programa vem ocorrendo, em articulação com a atenção primária à saúde, com efetividade⁷, razão pela qual releva sua importância no campo da saúde do idoso, em consonância com o objetivo de promover um envelhecimento ativo.

O PAS funciona em espaços públicos criados para realização de lazer e de atividades físicas, dentre outras ações como educação em saúde, produção de cuidados e modos de ser saudáveis⁸. O estímulo à participação de pessoas nesses programas é primordial, por estarem votados à promoção da saúde e incentivarem a aquisição de novos hábitos de vida saudáveis⁹.

Articulado ao PAS, no município do Rio de Janeiro, há o Programa Academia Carioca da Saúde

(PACS), vinculado aos Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família, com oferta de atividades aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O PACS tem papel estratégico na integralidade das práticas de saúde e na ampliação de oportunidades de participação dos usuários em atividades de base comunitária, que servem de incentivo à prática de atividades físicas. Observa-se um número cada vez maior de idosos participantes do PACS¹⁰, o que indica ser esse um campo importante de assistência, mas também de pesquisa na área da saúde e cuidado do idoso.

Os fatores motivacionais para que os idosos frequentem os espaços públicos de lazer estão relacionados à busca por hábitos saudáveis e à interação social¹¹. Pesquisa realizada com idosos no sul do Brasil concluiu que o apoio social de familiares e amigos são preditores para que idosos participem de atividades físicas, e recomenda o incentivo de familiares e amigos a fornecerem apoio social aos idosos para atividades físicas com foco na prática conjunta¹¹.

Portanto, estudos que evidenciem as repercussões da inserção de idosos em grupos e práticas conjuntas de atividades como estratégias para o envelhecimento saudável ganham relevância.

Os objetivos desta investigação são identificar as atividades realizadas por idosos integrantes do Programa Academia Carioca da Saúde em seus cotidianos e analisar as contribuições de tais práticas para a saúde e QV.

MÉTODO

Estudo qualitativo, exploratório, descritivo, realizado de dezembro de 2015 a junho de 2016. Participaram idosos de uma Academia Carioca de Saúde (ACS) de uma Clínica de Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade do Rio de Janeiro (RJ). Trata-se de um programa cujo foco principal é promover a saúde e prevenir doenças, pela adoção de um estilo de vida saudável. Abrange a comunidade vinculada à ESF, com atuação de diferentes setores da sociedade e participação de profissionais de saúde e educação física. O Programa ACS nessa Clínica de ESF foi implantado em 2011 e realiza diversas atividades tais como: exercícios físicos com e sem aparelhos,

palestras, grupos de artesanato, caminhada, dança de salão, visitas domiciliares, passeios culturais e confraternização para os aniversariantes do mês.

Inscritos nessa ACS havia 819 pessoas, sendo que 445 participavam de uma ou mais atividades e destes, 374 tinham 60 anos ou mais de idade. Participaram da pesquisa as pessoas com 60 anos de idade ou mais, com comunicação verbal e cognição preservadas, com frequência nas atividades da ACS por no mínimo 30 dias. Excluíram-se os idosos com frequência irregular nas atividades e os ausentes nos dias da realização da pesquisa. O estado cognitivo não foi avaliado pela pesquisadora, mas sim, captado nos registros dos prontuários. Amostra selecionada por conveniência, decidida com a análise preliminar do conteúdo de 30 entrevistas que evidenciou saturação dos dados¹² por meio de um mapeamento panorâmico dos conteúdos que permitiu avaliar o delineamento do quadro empírico da pesquisa, segundo os objetivos propostos.

A pesquisadora inseriu-se no campo para estabelecer vínculos com os participantes, divulgar a pesquisa, convidá-los verbalmente e também por meio de entrega de uma carta-convite, além de consultar os registros dos idosos cadastrados na Academia. Aos que aceitaram, foi feito agendamento para aplicação de um questionário com perguntas fechadas para a caracterização dos participantes (sexo, idade, estado civil/conjugal, escolaridade, aposentadoria, residência e tempo de participação nas atividades), e um roteiro de entrevista semiestruturada sobre: hábitos diários, cuidados de saúde, lazer, estabelecimento de relações entre suas ações e QV, atividades realizadas na ACS, percepções e avaliações. Esse roteiro foi previamente testado com três idosos da ACS para verificação da clareza das questões e funcionalidade para alcançar os objetivos da pesquisa. As entrevistas testes foram descartadas e os depoentes não integraram a amostra da pesquisa. Após o teste não houve necessidade de alterar o instrumento. As entrevistas foram gravadas utilizando-se aplicativo instalado no aparelho de telefonia móvel (celular) da pesquisadora, que realizou pessoalmente as entrevistas, na própria ACS, com privacidade e duração média de 60 minutos.

Os dados de identificação foram contabilizados em percentuais, as entrevistas foram transcritas e

submetidas ao software Alceste 2012 para análise lexicográfica. Esse software divide o texto em unidades de contexto elementares (UCE) e organiza classes lexicais compostas pela redução das palavras principais utilizadas nos discursos às suas raízes, distribuídas em frequências e associações, em função das similaridades e/ou oposições desses léxicos, dispostas em classificações hierárquicas.

Após o processamento do corpus de dados formado pelas entrevistas, o Alceste repartiu o texto em 1.391 UCE, formadas por 4.447 palavras ou vocábulos distintos. Os vocábulos foram reduzidos às suas raízes originando 859 palavras analisáveis (substantivos, adjetivos, verbos) e 266 formas suplementares (artigos, pronomes). Foram geradas cinco classes lexicais. A Classe 1 trata do conhecimento dos idosos sobre qualidade de vida; as Classes 2 e 3 tratam das atividades físicas e de lazer proporcionadas pela ACS; e as Classes 4 e 5 tratam dos aspectos fisiológicos da saúde e da terapêutica aplicada na atenção primária à saúde. Para atender aos objetivos deste artigo selecionou-se as classes 2 e 3 e suas classificações hierárquicas ascendentes (CHA), cuja análise evidencia a dinâmica de formação das classes pelas relações de proximidade entre os léxicos. As UCE foram selecionadas para compreender o objeto à luz do contexto e do traço linguístico dos participantes.

Estudo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa em respeito à Resolução nº 466/2012, com Parecer

número 1.201.027. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a identidade foi preservada por códigos: sexo masculino (M), feminino (F), número sequencial e idade (a).

RESULTADOS

Participaram 25 mulheres (83,3%) e cinco homens (16,7%); a faixa etária variou de 60 a 82 anos, com predominância entre 60 a 65 anos 16 (53,3%). Estado conjugal: 16 (53,3%) casados, 6 (20%) divorciados, 6 (20%) viúvos, 1 (2%) solteiro e 1 participante não se definiu em nenhuma dessas categorias pois mantinha um relacionamento estável, mas não vivia maritalmente; 27 (90%) moravam com familiares e 3 (10%) sozinhos; 18 (60%) estavam aposentados.

A Classe lexical 2 está composta por 192 UCE, cerca de 20% das processadas pelo programa. Os vocábulos dessa classe expressam significados atribuídos às atividades de lazer relacionadas às relações afetivas (familiares, amigos e colegas de trabalho).

De acordo com a CHA (Figura 1), identifica-se que os vocábulos: vejo, televisão, vendo, visita e amigos, descrevem ações protagonizadas na rotina dos idosos, com valorização das relações de amizades. Esses vocábulos se ligam a: final, semana, ver, neto, que representam importante relação familiar.

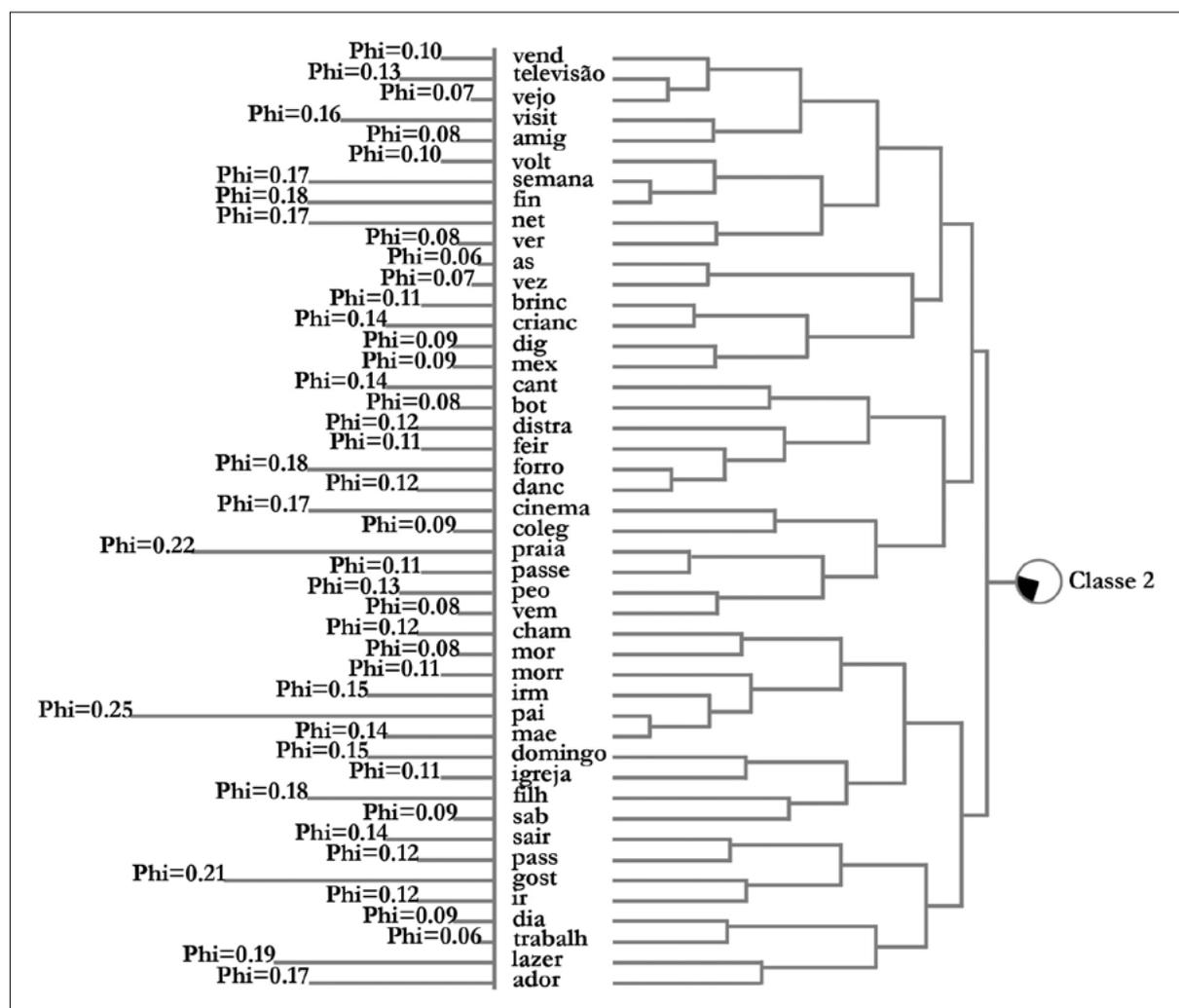


Figura 1. Classificação Hierárquica Ascendente, Classe 2.

Fonte: relatório Alceste, 2016.

A família predomina nos discursos, pelos substantivos: pai, esposo, marido, esposa, irmã, filho, filha, neto, neta, sobrinhos, mãe. A família emergiu dos discursos quando os idosos foram questionados sobre suas atividades de lazer e rotina relacionados a uma QV satisfatória.

“Minha filha mora ali em frente ao Shopping. É difícil ir para a casa dela. Ela fala: mamãe vamos passear no shopping, vem para cá” (F27, 74a).

Os léxicos pai e mãe apresentam elevada proximidade e frequência, ligam-se ao vocábulo irmão e ambos se ligam ao termo morr que retrata

o falecimento dessas pessoas. Esses termos estão ligados a morar e chamar, significando a convivência dos idosos com seus pais e irmãos.

As UCE produzidas pela Classe 2 sugerem que as atividades de lazer dos idosos ocorrem em ambientes familiares, no contato e convivência com netos e sobrinhos, em seu cotidiano, festas e aniversários de parentes.

“Minha rotina é só correria mesmo. Só final de semana que tenho lazer, vou para a feira de São Cristóvão, viajo. Às vezes tem aniversário de parentes, junta todo mundo e vai. Tem comes e bebes, dança. Minha família toda adora dançar” (F11, 65a).

“A gente faz churrasco, brinca demais. Sobrinhos todos. Quando eu vou visitar meu neto, deito no chão com ele, brinco” (F26, 63a).

O lazer também é caracterizado por passeios, idas ao shopping, cinema, praia, realizados na companhia de pessoas da família ou por convite e incentivo de filhos e cônjuge. A prática religiosa surge como atividade de lazer, realizada com familiares. A CHA mostra a ligação entre os vocábulos igreja e domingo, ambos ligados aos léxicos filho e sábado, evidenciando a companhia dos filhos.

“Às vezes, quando eu não tenho nada para fazer, eu invento. Ligo para minha irmã, combino de encontrar na cidade, só para sair de casa” (F7, 70a).

“Eu gosto de ir à igreja aos domingos, vou de manhã e de noite, meu filho me leva” (F10, 65a).

As UCE abordam as amizades do ambiente de trabalho, a socialização e o contato com os amigos. Observa-se que o direito ao passe livre nos transportes oportuniza ampliar essas atividades de lazer e outras cotidianas:

“Onde eu trabalhava deixei muitos amigos e às vezes a gente se encontra. Tem gente que fala: vem para cá. Aí eu gosto, vou para casa delas, a gente bebe uma cerveja, bate-papo, ri, brinca. É assim que eu gosto” (F1, 62a).

“Eu e minha esposa vamos muito, com nosso cartão do idoso a gente pega o ônibus e saímos para o centro, fomos no museu, na praia, a gente curtii muito” (M12, 70a).

A violência e a falta de companhia emergiram nas UCE como principais obstáculos à realização de atividades de lazer:

“Eu não tenho muito lazer, eu não saio muito porque devido à violência, às vezes a gente não tem companhia” (F1, 62a).

A CHA evidencia a proximidade dos vocábulos: forró, dança e feira, que se ligam à distração, representando atividades de lazer dos idosos para seu divertimento. Tais vocábulos se associam a: cinema,

colega, praia, passeio, que também são atividades que lhes ocupam o tempo.

Na CHA, os termos gosto e ir estão ligados aos léxicos passear e sair, que representam a satisfação dos idosos com os passeios. Os vocábulos: adoro, lazer, dia e trabalho se conectam, ressaltando o prazer, satisfação e transformação em realizar atividades de lazer e participação da ACS.

“Eu não tenho muito lazer. Eu tento fazer as coisas mais para me distrair e não passar o dia em branco. Eu gosto de ir para os aniversários dos parentes, vou para a feirinha, tomo uma cervejinha, vejo pessoal dançando” (F11, 65a).

“Adoro ir para a rua porque eu distraio a minha cabeça. Eu gosto de sair. Meu lazer, eu adoro ouvir um forró, eu adoro uma cerveja. Minha saúde está bem” (F29, 70a).

“Minhas atividades, eu gosto muito. O dia que passo sem vir, fico aborrecida. Eu gosto mesmo, não me tira isso aqui [referindo-se à ACS], se não eu fico aborrecida. Gosto de passear, quando eu posso, eu vou. Meu lazer é às vezes encontrar com os amigos e amigas” (F30, 60a).

A Classe lexical 3 compõe-se de 114 UCE, 12% das processadas pelo programa. Os vocábulos dessa classe caracterizam atividades de rotina, ações, tarefas e responsabilidades que os idosos realizam em seu cotidiano, como se vê na Figura 2.

A Classe 3 evidencia a ACS como parte do cotidiano dos idosos, cuja rotina é descrita por ações praticadas desde cedo, por meio do léxico acord, do verbo acordar, que explica o início do dia.

Os vocábulos: café, tomo, banho, acordo, chego e serviço representam o início das atividades diárias antes e depois das atividades na Academia. Esta classe foi composta por UCE predominantes nos discursos femininos, evidenciando seus cotidianos com os afazeres domésticos, representados pela palavra serviço.

Na CHA identifica-se que os vocábulos vir e academia se ligam a venho, sai, cuidado, rotina, segunda, quinta, que junto com o vocábulo cansa, descrevem a rotina de atividades realizadas na ACS,

durante quatro dias consecutivos. Predominam palavras sobre as práticas cotidianas de cuidado de si, da casa e da família:

“Eu acordo cedo, tomo café, dou comida para meu cágado. Venho para a academia, faço almoço, faço artesanato quando aparece algo para eu fazer” (F17, 61a).

“Gosto de vir para cá. Eu venho, levanto, tomo café, venho aqui na academia, faço atividade. Vou para casa, limpo, faço comida. Arrumo cozinha, fico cansada” (F13, 79a).

A CHA mostra as relações entre os vocábulos sono, lava, roupa, levanto, comida, que refletem a necessidade de descanso diurno. Os vocábulos:

durmo, dormir, novo, noite e hora se referem à importância dada ao sono e repouso. E também há evidências do idoso como o cuidador de familiares:

“Eu durmo meia hora depois do almoço, levanto, vou lavar a louça e faço alguma limpeza em algum lugar, dentro da minha casa. Sento e vou ver televisão”. (F1, 62a).

“Levanto cinco horas da manhã, faço café, venho para a ginástica, volto para a casa, faço o almoço, dou comida para as crianças e de tarde eu costumo deitar um pouco no sofá”. (F3, 62 anos).

“Minha rotina é rotativa, corrida. Venho para a Academia, saio e vou fazer hidroginástica. Chego em casa, cuido da mãe até mais ou menos três horas”. (F30, 60a).

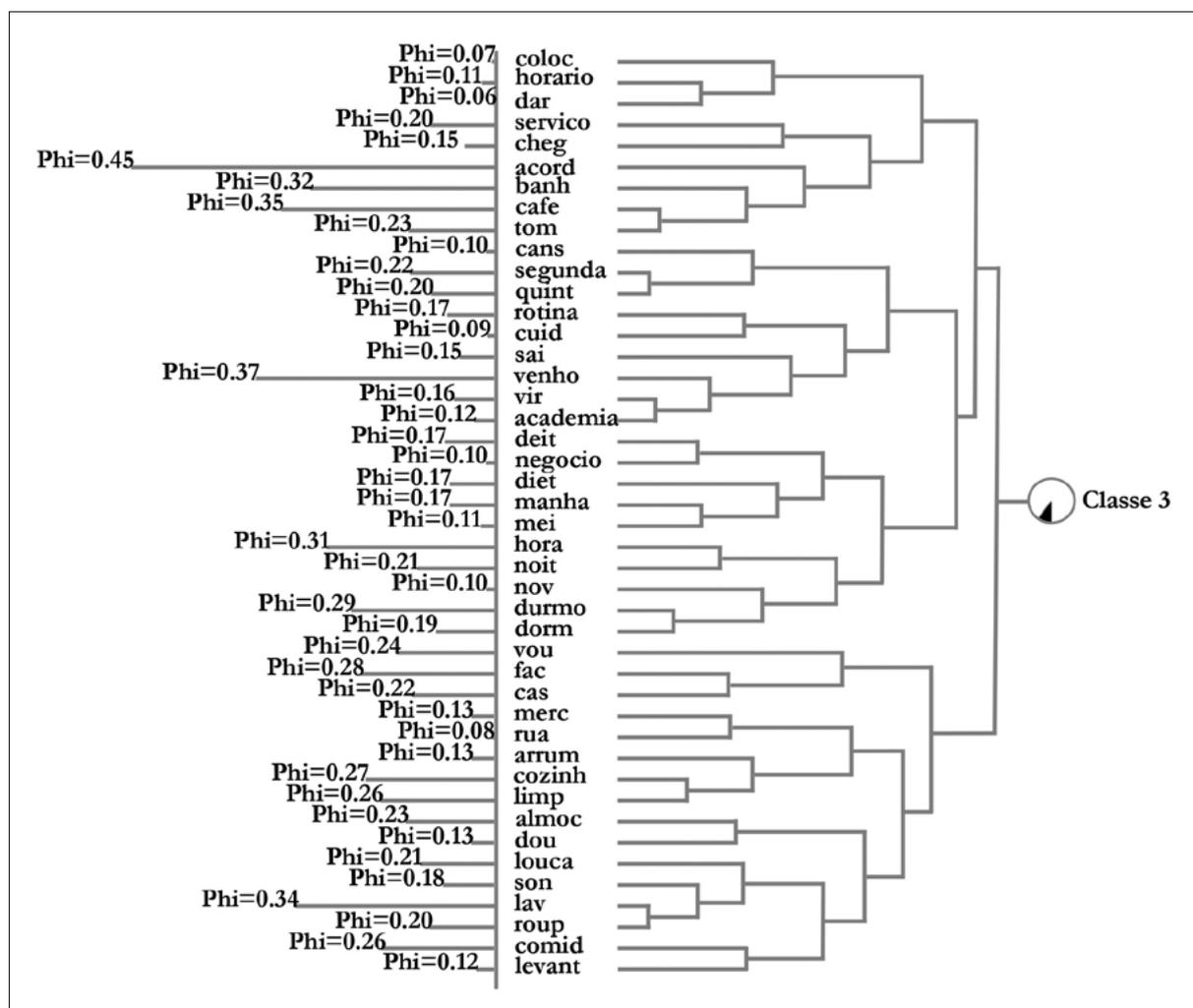


Figura 2. Classificação Hierárquica Ascendente, Classe 3.

Fonte: relatório Alceste, 2016.

DISCUSSÃO

As atividades do idoso envolvem familiares, amigos e o ambiente da ACS, o que pode ser benéfico na promoção de sua saúde e bem-estar. Tais resultados indicam as transformações ocorridas no cotidiano de idosos aposentados, pelo tempo disponível para outras atividades, além das habituais de cuidado do lar e da família, próprias das mulheres que, inclusive, são a maioria de participantes nesta pesquisa. Para os que estavam inseridos no mercado de trabalho, a participação em diferentes atividades de seu novo cotidiano evidencia a transição da vida social de trabalhador para a de aposentado e os impactos no comportamento. A participação e o engajamento em atividades ocupacionais facilitam ao idoso ter propósito na vida, mantendo sua funcionalidade e independência nas atividades diárias¹³.

Estudo que relacionou a percepção da transição da situação de trabalhador para aposentado identificou que os idosos apresentam nesta fase questões relacionadas à readaptação de vida, pessoais ou familiares, perdas sociais, econômicas e ganhos psicoemocionais e QV. Esse processo de transição pode ser influenciado por fatores anteriores a aposentadoria¹⁴.

A qualidade da adaptação à aposentadoria pode variar de acordo com fatores pessoais de saúde, emocionais, familiares, sociais e econômicos. Pesquisa de revisão realizada no Brasil concluiu que a aposentadoria não seria um fator de risco à saúde em todas as fases da vida, tampouco representa fator de risco para depressão em idosos¹⁵. Na Suécia, pesquisa com amostra representativa da população geral, mas com mais alto grau de educação, evidenciou nos achados transversais da primeira onda da pesquisa que pessoas aposentadas demonstraram melhor saúde psicológica em comparação com aquelas que ainda trabalhavam, e os longitudinais da primeira e segunda ondas mostraram que os que se aposentaram entre as ondas da pesquisa apresentaram mais mudanças positivas na saúde psicológica quando comparados aos que ainda trabalhavam ou estavam aposentados¹⁶.

A aposentadoria tem vertentes positivas, relacionadas à liberdade, mais tempo disponível para relacionamentos e atividades sociais e de lazer¹⁷. O aproveitamento do tempo se evidencia quando

os idosos enfatizam a importância dos membros da família nesse novo cotidiano. Os léxicos remetem a tais membros e as atividades que eles demandam.

As UCE indicam que as interações com sobrinhos, netos e filhos e a manutenção de vínculos com irmãos proporciona ao idoso o sentido de pertencimento à família. O contato com a família permite que o idoso se socialize e se sinta valorizado, além de proporcionar descontração e alegria que fazem bem a sua saúde. Essas relações familiares influenciam o bem-estar. Pessoas que recebem apoio familiar desenvolvem maior autoestima que impacta no otimismo, no afeto e na saúde mental¹⁸. Considerando tais benefícios, bons relacionamentos são importantes, em especial quando as pessoas envelhecem, logo, fortalecer as relações familiares e os vínculos interpessoais confirmam-se como importantes para a QV de idosos.

Por outro lado, a mudança da estrutura familiar, como divórcio, viuvez, casamento de filhos ou nascimento de netos, faz com que muitos idosos vivenciem a solidão, como visto nos casos de ausência de companhia. A boa condição de saúde e independência financeira possibilitam ao idoso arcar com suas responsabilidades e gerenciar sua vida. Muitos são provedores de seus núcleos familiares e mostram-se satisfeitos, com sentimento de reciprocidade por receberem atenção e ajuda dos familiares em troca de auxílio financeiro, como compensação pela dedicação¹⁷.

Estudo realizado na Áustria sobre a importância do contato intergeracional para a saúde e QV de idosos afirma que a proximidade e a frequência da convivência de idosos com netos, filhos e parentes são fontes importantes para a QV na velhice¹⁹. As atividades de lazer citadas pelos participantes desta pesquisa são passear, ir ao shopping e cinema, e ir à igreja, e são realizadas, em sua maioria, na companhia de familiares e/ou amigos, e contribuem para o equilíbrio emocional e a socialização. Pesquisa no sul do Brasil concluiu que a maior participação em diferentes atividades no lazer se associa a boa percepção de QV dos idosos investigados²⁰, o que reforça o incentivo para que este grupo incremente tais atividades.

O engajamento em atividades de socialização e lazer envolvendo familiares e amigos sofre

influências das ações de promoção de interação que são realizadas no ambiente do grupo da ACS, tais como passeios a teatros, museus, cinemas, parques, praias. Essas atividades afetam positivamente as pessoas, promovendo melhorias em seu bem-estar físico e psicológico. A convivência no grupo cria vínculos e quando inseridas no cotidiano, as atividades da ACS transformam hábitos, promovendo uma atitude ativa e positiva diante da vida.

As atividades realizadas no ambiente do grupo se inserem no cotidiano dos idosos, são motivacionais e permitem que se percebam úteis e sintam prazer naquilo que fazem. Essa influência positiva evita o isolacionismo social de idosos, que se associa fortemente à saúde física e mental e se apresenta como uma grande preocupação para a saúde de idosos e também para as políticas sociais^{21,22}.

A convivência em grupo é importante para o contato e o estabelecimento de vínculos entre humanos, pertencimento social, favorecendo a QV e esse impacto é visto na avaliação da relação entre tipos e quantidade de atividade social e a QV, de acordo com sexo e faixa etária, havendo uma associação positiva entre o aumento do número de atividades sociais e aumento da QV²³.

A pesquisa em tela teve um maior número de mulheres envolvidas nas atividades da ACS, explicada no fato de que homens idosos tendem a praticar maior número de modalidades de atividades físicas quando comparados às mulheres, mas as mulheres idosas tendem a serem mais adeptas às atividades físicas como ginásticas e hidroginásticas em ambientes públicos ou ao ar livre²⁴, como é o caso do local desta pesquisa. Isso mostra a necessidade de repensar a arquitetura de ambientes públicos, áreas de lazer, museus, praças e replanejá-los a fim de viabilizar a inserção de idosos nesses locais e permitir sua utilização para convivência, lazer e prática de atividades físicas. Investir em segurança e em meios que viabilizem o acesso dos idosos, tais como transportes, pavimentação e obras que preparem esses locais para a prática de atividades físicas de forma a atender às necessidades de todos.

O predomínio de ações que caracterizam o cotidiano doméstico evidencia que as mulheres têm

uma vida cotidiana ativa, dividem-se entre as práticas de atividades físicas e os afazeres domésticos que, em sua maioria, não se constituem como limitações para realizarem suas atividades de vida diárias, ainda que relatem cansaço após as tarefas. Manter-se capaz de realizar suas funções no lar pode ser considerado como um dos benefícios da prática de atividades físicas na ACS.

O processo de envelhecimento interfere diretamente nas atividades básicas do cotidiano, e a prática de atividades físicas contribui para a autonomia e independência funcional de idosos²⁵. Independência e autonomia são conquistas a serem perseveradas e, nesse sentido, as atividades físicas realizadas na ACS, com ou sem aparelhos, denominadas genericamente pelos idosos e presentes nas UCE como atividade e ginástica, buscam desenvolver a capacidade de equilíbrio, flexibilidade, resistência, agilidade e força, que são habilidades importantes para manutenção das atividades de vida diárias²⁶.

Rotinas ocupadas com muitas tarefas e as diversas responsabilidades assumidas fazem com que o idoso se sinta valorizado socialmente. Cuidar da família eleva sua autopercepção de utilidade e afeta seu bem-estar e sua forma de encarar a velhice¹⁷. Por outro lado, também evidencia que a tarefa de cuidar permanece fortemente ligada à figura feminina, reafirmando a questão de gênero implicada nos cuidados diretos do lar e das pessoas, o que pode afetar as mulheres em relação a sua vida social e saúde física e mental²⁷. Isto pode explicar, em parte, a presença significativa nos resultados desta pesquisa de sono e cochilos diurnos.

A cidadania dos idosos se expressou no uso da carteira de gratuidade para se locomover pela cidade e para atividades de lazer. O uso de gratuidades e descontos em atividades de lazer indica a consciência sobre seus direitos, aspecto que também é objeto de discussão durante as atividades na ACS.

O Estatuto do Idoso garante a participação de idosos em atividades culturais e de lazer por meio de descontos no valor de ingressos e gratuidade no transporte coletivo urbano para os maiores de 65 anos, ficando a critério das autoridades locais sobre a gratuidade dos idosos de 60 a 65 anos²⁸.

Oportunidades de locomoção e de lazer sofrem o impacto do medo da violência que afeta a sensação de segurança no cotidiano e os impedem de realizar atividades de lazer como gostariam. Esses dados podem ser justificados pelo fato de a pesquisa ter sido realizada em um grande centro urbano, especialmente pelo contexto da cidade do Rio de Janeiro (RJ).

As condições e estilo de vida são fatores importantes na determinação social da saúde e na promoção do cuidado²⁹. Em vista disso, os discursos que refletem as ações do cotidiano denotam afetos, atitudes, revelam sentimentos e o modo como se vive gera avaliações, logo, gostar do que se faz ajuda a manter a motivação e a proatividade contribuindo para a adesão às atividades promotoras de saúde.

O uso recorrente dos verbos gostar e adorar pelos idosos caracterizam os afetos mobilizados para a manutenção de uma vida repleta de atividades, incluindo-se a participação na Academia. Daí a importância da avaliação e aconselhamento profissional, que contribuam para que o idoso manifeste suas opiniões e participe das decisões sobre o cuidado, em conjunto com o profissional, que pode auxiliá-lo no atendimento às suas necessidades e desejos.

Esta pesquisa se realizou em um espaço propício ao estabelecimento de relações entre saúde e atividade física, contexto que incide sobre a produção discursiva de seus conviventes. Sobre essa incidência, observa-se que a formação de uma identidade social de grupo pode ser um poderoso determinante do comportamento relacionado à atividade física³⁰.

O Brasil ainda não está preparado para enfrentar o envelhecimento populacional, precisa adequar o sistema de saúde e prover-se de políticas públicas voltadas para a atenção integral e QV³¹. Não obstante, observa-se que a Academia da Saúde integra a PNPS, se alinha à Política Nacional de Envelhecimento Ativo, e traduz as iniciativas de atendimento das necessidades de saúde e de manutenção da funcionalidade do idoso. Pesquisa de revisão evidenciou que a participação nas atividades da ACS gerou resultados positivos em pessoas com doenças crônicas e comorbidades¹⁰, indicando que a ACS é uma aliada na promoção e tratamento de saúde, somando-se às variadas iniciativas incentivadas pela

gerontologia, que prima pela abordagem ampla da saúde e integral do ser humano.

Nesse esforço, há que se ter maior empenho de instituições, clínicas, hospitais e dos próprios profissionais de saúde para colocar em prática valores que sejam incorporados pelos idosos à promoção de hábitos saudáveis e manutenção das condições de saúde. A realização desta pesquisa em somente um campo de um grande centro urbano limita seus resultados. Recomenda-se ampliá-la para outros espaços e grupos de idosos para aprofundar os debates e análises por gênero, faixa etária e de variedade de condições de vida e de cotidianos. Não obstante, as contribuições desvelam a ACS como espaço de promoção de saúde e de cuidado, individuais e coletivos, em atendimento ao disposto na política de envelhecimento ativo⁸, sendo, portanto, pela ampla abrangência de atividades que proporciona, um campo profícuo para a atuação interdisciplinar. Soma-se a isso que estudos mostram que a participação em programas de atividades físicas e de lazer promovidos pelo governo brasileiro são fatores importantes na promoção e manutenção de estados de saúde adequados a QV na velhice³².

CONCLUSÃO

Atividades físicas diárias, participação social, convívio e interação com amigos nos grupos de convivência, práticas religiosas, realização de atividades cotidianas com independência e autonomia, apoio e contato familiar, importância do sono e repouso, assim como atividades de lazer na companhia de amigos e parentes, são as principais atividades realizadas e que integram o cotidiano do idoso, contribuindo para a sua saúde e QV.

A ACS integra uma política pública que promove a saúde e a qualidade de vida das pessoas por meio de diversas atividades, com isso, estimula o envelhecimento ativo, diversifica as atividades do cotidiano, incrementa a socialização e as oportunidades de lazer de idosos, na medida em que oportuniza ampliação das relações sociais, constituindo-se em uma importante política pública de promoção da saúde de pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Relatório mundial de envelhecimento e saúde: Resumo [Internet]. Genebra: WHO; 2015 [acesso em 20 fev. 2017]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
2. Kalash A. Vested rights, active aging and resilience: the importance of such concepts throughout life. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 10 mar. 2018];20(2):159-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200159&lng=en
3. Foster L, Walker A. Active and successful aging: a european policy perspective. *Gerontologist* [Internet]. 2015 [acesso em 10 mar. 2018];55(1):83-90. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/55/1/83/570558>
4. Zawadzki MJ, Smyth JM, Costigan HJ. Real-time associations between engaging in leisure and daily health and well-being. *Ann Behav Med* [Internet]. 2015 [acesso em 15 mar. 2018];49(4):605-15. Disponível em: <https://escholarship.org/content/qt2qf44682/qt2qf44682.pdf?t=o5hc2t>
5. Matsunaga T, Naito M, Wakai K, Ukawa S, Zhao W, Okabayashi S, et al. Leisure-time physical activity and risk of disability incidence: a 12-year prospective cohort study among young elderly of the same age at baseline. *J Epidemiol.* [Internet]. 2017 [acesso em 17 mar. 2018];27(11):538-45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608599/>
6. Chen YT, Holahan CK, Holahan CJ, Li X. Leisure-time physical activity, subjective age, and self-rated memory in middle-aged and older adults. *Int J Aging Hum Dev* [Internet]. 2018 [acesso em 17 mar. 2018];87(4):377-91. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322647715_Leisure-Time_Physical_Activity_Subjective_Age_and_Self-Rated_Memory_in_Middle-Aged_and_Older_Adults
7. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, de Moraes Neto OL, Silva MMA, Akerman M. Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 25 maio 2020];23(6):1799-1809. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601799&lng=en
8. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 20 mar. 2018];21(6):1849-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601849&lng=en
9. Silva EAPC, Silva PPC, Oliveira LS, Santos ARM, Rechia S, Freitas CMSM. Percepção da qualidade do ambiente e vivências em espaços públicos de lazer. *Rev Bras Ciênc Esporte* [Internet]. 2016 [acesso em 20 mar. 2018];38(3):251-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892016000300251&lng=en
10. Coração SA, Miranda MG, Dusek PM, Avelar KES. A relevância do programa academia carioca de saúde para a população idosa. *Semioses* [Internet]. 2019 [acesso em 25 maio 2020];13(1):147-58. Disponível em: <http://revistas.unisuam.edu.br/index.php/semioses/article/view/259>
11. Böhm AW, Mielke GI, Cruz MF, Ramirez VV, Wehrmesister FC. Social support and leisure-time physical activity among the elderly: a population-based study. *J Phys Act Health* [Internet]. 2016 [acesso em 10 fev. 2019];13(6):599-605. Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/13/6/article-p599.xml>
12. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* [Internet]. 2018 [acesso em 10 dez. 2018];52(4):1893-1907. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11135-017-0574-8>
13. Ibrahim SAS, Dahlan A. Engagement in occupational activities and purpose in life amongst older people in the community and institutions. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2015 [acesso em 20 maio 2019];202:263-72. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815048788>
14. Loureiro HMAM, Mendes AMOC, Camarinho APF, Silva MAM, Pedreiro ATM. Perceptions about the transition to retirement: a qualitative study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 20 maio 2019];25(1):e2260015 [18 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100320&lng=en

15. Silva MM, Turra V, Chariglione IPFS. Idoso, depressão e aposentadoria: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Psicol IMED* [Internet]. 2018 [acesso em 25 maio 2019];10(2):119-36. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272018000200009&lng=pt&nrm=isso
16. Lindwall M, Berg AI, Bjälkebring PAR, Buratti S, Hansson I, Hassing L, et al. Psychological health in the retirement transition: rationale and first findings in the HEalth, Ageing and Retirement Transitions in Sweden (HEARTS) Study. *Front Psychol* [Internet]. 2017 [acesso em 25 maio 2019];8:1-19. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01634/full>
17. Areosa SVC. Idosos provedores: a importância dos recursos da aposentadoria para as famílias brasileiras. *Barbarói* [Internet]. 2015 [acesso em 25 maio 2020];45:173-84. Disponível em <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/5527>
18. Thomas PA, Liu H, Umberson D. Family Relationships and Well-Being. *Innov Aging* [Internet]. 2017 [acesso em 10 de abr. 2019];1(3):1-38. Disponível em <https://academic.oup.com/innovateage/article/1/3/igx025/4617833>
19. Kirchengast S, Haslinger B. Intergenerational Contacts influence Health Related Quality of Life (HRQL) and subjective well being among austrian elderly. *Coll Antropol* [Internet]. 2015 [acesso em 10 abr. 2019];39(3):551-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26898049/>
20. Santos PM, Marinho A, Mazo GZ, Hallal PC. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). *Rev Bras Ativ Fis Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 25 maio 2020];19(4):494-503. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/301/artigo-10-santos.pdf>
21. Miyawaki CE. Association of social isolation and health across different racial and ethnic groups of older Americans. *Ageing Soc* [Internet]. 2015 [acesso em 10 abr. 2019];35(10):2201-28. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/association-of-social-isolation-and-health-across-different-racial-and-ethnic-groups-of-older-americans/1CB1D98AAA5EE49D1B587AC4CB6F1F17>
22. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas* [Internet]. 2018 [acesso em 15 abr. 2019];13:80-4. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324838778_Preventing_Social_Isolation_in_Older_People
23. Park HK, Chun SY, Choi Y, Lee SY, Kim SJ, Park EC. Effects of social activity on health-related quality of life according to age and gender: an observational study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2015 [acesso em 11 ago. 2019];13:1-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566195/>
24. Costa TB, Ribeiro LHM, Neri AL. Prevalence of and factors associated with leisure-time physical activity in older adults from seven Brazilian cities: data from the FIBRA study. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 15 ago. 2019];20(2):174-83. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5073/4315>
25. Moreira RM, Teixeira RM, Novaes KO. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. *Rev Kairós* [Internet]. 2014 [acesso em 15 ago. 2019];17(1):201-17. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/20492/15132>
26. Sakamoto R, Miura Y. The effect of exercise intervention on frail elderly in need of care: half-day program in a senior day-care service facility specializing in functional training. *J Phys Ther Sci* [Internet]. 2016 [acesso em 15 ago. 2019];28(7):1957-63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968485/>
27. Ferreira CR, Isaac L, Ximenes VS. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Est Inter Psicol* [Internet]. 2018 [acesso em 16 ago. 2019];9(1):108-25. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&lng=pt
28. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso [Internet]. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 25 de maio 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf
29. Derhun FM, Scolari GAS, Castro VC, Salci MA, Baldissera VDA, Carreira L. The coexistence center for elderly people and its importance in the support to the family and the Health Care Network. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019 [acesso em 02 de set. 2019];23(2):e20180156 [14 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200205&lng=em
30. Stevens M, Rees T, Coffee P, Steffens NK, Haslam SA, Polman R. A Social Identity Approach to Understanding and Promoting Physical Activity. *Sports Med* [Internet]. 2017 [acesso em 2 set. 2019];47(10):1911-18. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40279-017-0720-4>

31. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [aceso em 02 set. 2019];19(3):507-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=em
32. Da-fonte E, Feitosa PH, de Oliveira Neto LT, Araújo CL, Figueiroa JN, Alves JG. Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2016 [acesso em 02 set. 2019];5(1):139-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943121/>



Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil: análise dos indicadores por Unidades Federativas

Action plan for tackling violence against older adults in Brazil: analysis of indicators by states

Talita Araujo de Souza¹ 
Sávio Marcelino Gomes² 
Isabelle Ribeiro Barbosa² 
Kenio Costa de Lima² 

Resumo

Objetivo: Analisar os indicadores que compõem o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa no Brasil, a partir de tendências temporais e espaciais. **Método:** Os nove indicadores que compõem o plano foram extraídos do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso). Foram aplicadas análises de tendência temporal pela Regressão *Joinpoint* (IC95%), distribuição espacial por Unidades da Federação e análise de conglomerados pelo método hierárquico aglomerativo de Ward, utilizando a distância euclidiana quadrática. **Resultados:** Houve tendência significativa de aumento do número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Houve formação de cinco *clusters*, destacando-se o *cluster* formado pelos estados de Rondônia, Roraima e Tocantins com elevadas taxas de internação e mortalidade por acidentes de transporte e elevadas taxas de mortalidade por maus-tratos; e o *cluster* que agrupou os estados do Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe, com elevadas taxas de internação e mortalidade por quedas e fraturas e elevada taxa de violência contra a pessoa idosa. **Conclusão:** O registro de violência contra a pessoa idosa está aumentando no Brasil, com algumas tipologias de violência concentradas em regiões específicas.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Saúde do Idoso. Violência. Avaliação em Saúde. Diagnóstico Situacional.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Natal, RN, Brasil

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Natal, RN, Brasil Departamento

Financiamento da pesquisa: Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Talita Araujo de Souza
talitaaraujo23@hotmail.com

Recebido: 15/04/2019
Aprovado: 24/06/2020

Abstract

Objective: to analyze the indicators of the action plan for tackling violence against older adults in Brazil, through temporal and spatial trends. **Method:** all nine indicators that form the plan were taken from the *Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso* (the Indicators of Health and Monitoring of Policies for Older Adults System). Time trend analysis was applied by Joinpoint Regression (CI95%), spatial distribution by states and clusters by Ward's hierarchical agglomerative method, using quadratic Euclidean distance. **Results:** the study indicated a significant trend of an increase in notifications of cases of violence against older adults, of the hospitalization of older adults because of abuse, of the hospitalization of older adults because of femur fractures, of the mortality rate of older adults because of falls and of the hospitalization of older adults because of falls. Five clusters were formed, with two cluster formations standing out: that of the states of Rondonia, Roraima and Tocantins, because of their high levels of hospitalization and mortality by traffic accidents and high levels of mortality by abuse; and that of the states of Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Parana, Rio Grande do Sul, Sao Paulo and Sergipe, because of their high levels of hospitalization and mortality by falling and fractures, as well as their high level of violence against older adults. **Conclusion:** records of violence against older adults are increasing in Brazil, with specific types of violence concentrated in specific regions of the country.

Keywords: Older People.
Health of the Elderly.
Violence. Health Evaluation.
Situational Diagnosis.

INTRODUÇÃO

As violências são consideradas fenômenos de causalidade complexa, envolvendo autoridade, poder e dominação. Em idosos, assumem três principais formas gerais: violência direcionada ao idoso, violência autodirigida e violência coletiva^{1,2}.

Fatores como baixa escolaridade, grau de dependência financeira, fragilidade da rede de apoio social, acesso à informação comprometido e o medo em romper laços familiares associam-se ao fenômeno da violência nesse grupo; em conjunto com as morbidades, que levam à diminuição da capacidade funcional e cognitiva e também à desvalorização das pessoas idosas, muitas vezes relegadas à margem da sociedade^{3,4}.

Evidências sugerem que abuso e maus-tratos em idosos são problemas de saúde global, relacional diante da diversidade de regiões, culturas e situações sociopolíticas, variando entre 2,2% até 44,6%³. A taxa de prevalência combinada de abuso geral é de 15,7%, sendo 11,6% para abuso psicológico, 6,8% para abuso financeiro, 4,2% por negligência, 2,6% por abuso físico e 0,9% por abuso sexual⁴.

No Brasil, as mulheres são as principais vítimas dos abusos na população idosa (64%), sendo as

violências físicas (28%) e psicológicas (28%) as formas mais frequentes, nas quais há, em grande quantidade de casos, uma relação de proximidade entre a vítima e agressores. Isso ocorre em especial pelos filhos (28%), tendo como principal local a própria residência (60%) e apresentando uma tendência ao crescimento dos casos ao longo dos anos⁵.

O perfil epidemiológico, entretanto, pode variar entre as regiões, em decorrência das desigualdades relacionadas ao processo de transição demográfica brasileira, por sua vez, marcada por diferenças significativas entre as regiões. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma evolução lenta nesse processo de transição, enquanto a Região Sul, em contraste, apresenta um crescimento acelerado, corroborando as desigualdades históricas vivenciadas do Brasil^{6,7}.

Torna-se importante, portanto, o papel do Estado no combate ao impacto das desigualdades estruturais que resultam nas violências sofridas pela população idosa⁸, configurando-se importante a execução de conjuntos de ações para a manutenção do estado de bem-estar social, traduzindo os objetivos dos governos para efetivação de direitos da população⁸.

O Brasil passou por uma transformação também nas concepções dos cuidados à população

idosa, transitando de um estado de segregação ao reconhecimento de seus direitos pela Constituição Federal. Como marco legal das políticas de saúde para o idoso no Brasil, destaca-se a criação do Estatuto do Idoso e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), responsável pela legitimação de direitos e por orientar a prevenção, recuperação e preservação da saúde dessa população⁹.

Outras estratégias foram incorporadas pelo Estado, como o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, com objetivo de combater a exclusão social e todas as formas de violência contra esse grupo, estabelecendo indicadores para o acompanhamento das diretrizes propostas e evidenciando a necessidade de avaliação do plano¹⁰, fase inerente ao Ciclo da Política Pública. No campo da saúde, a avaliação é essencial para o planejamento e elaboração de intervenções, bem como a reorientação das ações em curso e futuras¹¹.

Os indicadores são agrupados de acordo com os objetivos do plano. Para incentivar a adequação dos espaços domésticos para a pessoa idosa são avaliadas as internações de idosos por queda e fratura de fêmur, a proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinhos e a mortalidade de idosos por queda. Para verificar a necessidade de proteção do Estado às famílias, na perspectiva de prevenir a violência intrafamiliar, são avaliadas as internações e mortalidade de idosos por maus-tratos e as notificações de violência. Por fim, a avaliação das internações e mortalidade de idosos por acidentes de transportes visam à promoção de adaptações necessárias ao espaço público¹².

Avaliar os indicadores de violência, portanto, contribui para a compreensão desse fenômeno em todo o território nacional, levando em consideração as desigualdades regionais históricas e o impacto da transição demográfica no país, contribuindo para que o Estado possa promover o cuidado adequado no processo de envelhecimento. Assim, este estudo tem por objetivo analisar os indicadores que compõem o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa no Brasil, na busca da compreensão desse fenômeno a partir de tendências temporais e espaciais.

MÉTODOS

A base de dados utilizada foi compilada a partir de dados disponíveis no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso)¹³, uma iniciativa conjunta da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde e do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), durante o mês de fevereiro de 2020.

A construção das variáveis do modelo consistiu no cálculo da média dos valores registrados em três anos, quando disponível, a fim de diminuir a influência da variabilidade anual aleatória. O plano é composto por quatro propostas de ação, sendo: Espaço cultural coletivo; Espaço público; Espaço familiar; Espaço institucional. Cada proposta contém ações direcionadas a cada item, sendo que, dessas propostas, para avaliação de indicadores de saúde, encontram-se os itens espaço familiar e espaço público, dessa forma o SISAP-Idoso reagrupou em três pilares para avaliação de indicadores de saúde a saber:

- **Melhorias do Espaço Familiar** (Incentivar as pessoas idosas e seus familiares para que promovam adequação dos espaços das moradias a fim de garantir “casa saudável” com melhor acessibilidade e menos riscos de acidentes e quedas) – Taxa de internações de idosos por queda em pelo menos uma das causas (média de 2016-2018); Taxa de internações de idosos por fratura de fêmur (média de 2016-2018); Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a) (ano 2013); Taxa de Mortalidade de idosos por queda em pelo menos uma das causas (média de 2016-2018);
- **Melhorias do Espaço Familiar** (Formação de cuidadores familiares, e proteção do Estado às famílias que não possuem condições de cuidar de seus idosos como mecanismos de prevenção de violência intrafamiliar) - Taxa de internações de idosos por maus-tratos em pelo menos

uma das causas (média de 2016-2018); Taxa de mortalidade de idosos por maus- tratos em pelo menos uma das causas (média de 2016-2018); Taxa de notificações de violência contra idosos (média de 2015-2017);

- **Melhorias do Espaço Público** (sendo os acidentes e violências no trânsito a primeira causa externa específica de morte nesse grupo etário, é preciso preparar melhor os dispositivos e sinais nas ruas e nas travessias nas cidades) - Taxa de internações de idosos por acidentes de transporte (média de 2016-2018); Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte (média de 2016-2018).

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva para resumir o conjunto de dados. Esse resumo foi apresentado através de mapas coroléticos por quintis, revelando a situação de cada variável por Unidades da Federação. Para a produção dos mapas temáticos, a base cartográfica foi obtida no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (<https://ibge.gov.br/>) e foi utilizado o software Terraview 4.2.2 (INPE, 2011, Tecgraf PUC-Rio/FUNCAT, Brasil).

Para análise das tendências temporais, a variação percentual anual (APC) foi estimada para cada indicador para o Brasil, com um intervalo de confiança de 95% (IC 95%), para cada período disponível. O modelo final selecionado foi o modelo mais ajustado, com o *Annual Percentage Change* (APC) baseado na tendência de cada segmento, estimando se esses valores são estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Os testes de significância utilizados baseiam-se no método de permutação de Monte Carlo e no cálculo da variação percentual anual da razão, utilizando o logaritmo da razão¹⁴. As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o software *Joinpoint Regression Program*, versão 4.5.0.0. As exceções para essas análises, devido à falta de casos na série histórica, foi para a variável “Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a)” para a qual só há dados disponíveis para o ano 2013, e “Taxa de mortalidade de idosos por maus- tratos”, para o qual só há dados disponíveis para o período 2015-2017.

Conduziu-se uma análise de *cluster* para determinar o nível de proximidade entre as Unidades da Federação em relação aos indicadores analisados. A análise de *cluster* ou análise de aglomerados é uma técnica de análise multivariada que permite reunir objetos e/ou variáveis de acordo com suas características comuns. O objetivo dessa técnica é reduzir o número de objetos, que estão inseridas em uma matriz de observação, agrupando-os em *clusters*, ou seja, grupos criados para reunir objetos de acordo com suas similaridades, através de critérios de similaridade previamente determinados¹⁵. Para esse caso, utilizou-se uma análise de *cluster* com uma matriz de tamanho 27x9, onde foi feito um agrupamento dos objetos (27 Unidades da Federação). Na matriz foram dispostos os 9 indicadores do Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa disposto no SISAP-IDOSO, a fim de embasar o agrupamento por Unidades.

A partir da padronização das variáveis em escore Z, utilizou-se o método hierárquico aglomerativo de Ward. O procedimento básico consiste em computar uma matriz de distância ou similaridade entre as UF, a partir da qual se inicia um processo de sucessivas fusões destes, com base na proximidade ou similaridade entre eles. Como medida de semelhança entre as observações, utilizou-se o quadrado da distância euclidiana e os resultados são apresentados no dendrograma, diagrama de árvore que exibe os grupos formados por agrupamento de observações em cada passo e em seus níveis de similaridade¹⁶.

Para análise da composição dos *clusters* e caracterização dos perfis de violência, os valores de cada variável foram divididos em quintis, e foram classificados em: 1º quintil (muito baixo), 2º quintil (baixo), 3º quintil (médio), 4º quintil (alto), 5º quintil (muito alto). A diferença entre os grupos foi verificada através do teste de Kruskal-Wallis, considerando o $p < 0,05$. Para a análise de conglomerados e o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25.0 (SPSS-25).

Nesta pesquisa foram utilizados dados secundários extraídos de sites oficiais abertos à consulta pública. Dessa forma, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) como preconiza a Resolução nº 510/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A análise de tendência temporal mostrou que há tendência significativa de aumento do número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Em relação aos acidentes de transporte, a partir de 2007, houve aumento nas taxas de internação e a partir de 2012 houve redução significativa nas taxas de mortalidade por essa causa (Tabela 1).

A figura 1 mostra a distribuição espacial das variáveis por Unidades da Federação. Observa-se que há maiores taxas de mortalidade por acidentes na região Centro oeste e maiores taxas de internações por queda e notificações de violência no Sul e Sudeste. De forma geral, não há formação de um padrão entre as variáveis, e cada variável apresentou particularidades na sua distribuição (Figura 1).

A análise do dendrograma mostra a formação de cinco *clusters* para as características de violência contra a pessoa idosa (Figura 2). As Unidades Federativas que compuseram o *cluster* 1 apresentaram baixas taxas de violência, internação e mortalidade; o *Cluster* 2

teve como característica elevada taxas de internação e mortalidade por acidentes de transporte e elevadas taxas de mortalidade por maus-tratos, sendo formado pelos estados de Rondônia, Roraima e Tocantins; no *Cluster* 3, formado pelos estados Alagoas, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, a principal característica foram as elevadas proporções de idosos com dificuldade de locomoção e internação por quedas; o *Cluster* 4 agrupou Unidades da Federação com elevadas taxas de internação e mortalidade por quedas e fraturas e elevada taxa de violência contra a pessoa idosa; por fim, o *cluster* 5 foi formado exclusivamente pelo estado de Santa Catarina, apresentou elevadas taxas de internação por quedas, fraturas e maus-tratos e elevadas taxas de violência (Tabela 2).

A figura 3 apresenta a comparação os valores de cada variável analisada entre os *clusters* formados. Houve diferença significativa entre os *clusters* para as variáveis Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a), Taxa de internação de idosos por acidentes de transporte, Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur, Taxa de internação de idosos por maus-tratos e Taxa de internação de idosos por queda, mostrando serem essas variáveis as que melhor discriminaram os *clusters* (Figura 3).

Tabela 1. Tendências temporais dos indicadores do Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil: APC, Intervalo de Confiança e Ano do Joinpoint.

Indicador	Dados disponíveis	APC	IC95%	Ano Joinpoint	APC	IC95%
Internações de idosos por queda	2000-2018	1,12*	0,6-1,6	-	-	-
Internações de idosos por fratura de fêmur	2000-2018	0,70*	0,3-1,1	2015	4,2	-0,8; 9,3
Mortalidade de idosos por queda	2000-2017	6,62*	5,8-7,4	-	-	-
Internações de idosos por maus-tratos	2000-2017	15,31*	10,1-20,8	2008	1,77	-2,1; 5,8
Notificações de violência contra idosos	2009-2017	61,4*	50,5-70,3	2012	10,2*	6,8-13,6
Internações de idosos por acidentes de transporte	2000-2018	-5,58*	-9,5; -1,5	2007	2,95*	0,8-5,1
Mortalidade de idosos por acidentes de transporte	2000-2017	1,53*	0,9-2,2	2012	-6,95*	-9,3; -4,6

Fonte: SISAP-Idoso, 2020. *Significância estatística $p < 0.05$; APC: annual percentage change; IC 95%, 95% intervalo de confiança.



Figura 1. Distribuição espacial por Unidades da Federação dos indicadores que compõem o Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil.

Figura A: Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a); Figura B: Taxa de internações de idosos por maus-tratos; C: Taxa de internações de idosos por acidentes de transporte; D: Taxa de internações de idosos por fratura de fêmur; E: Taxa de internações de idosos por queda; F: Taxa de Mortalidade de idosos por queda; G: Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte; H: Taxa de mortalidade de idosos por maus-tratos; I: Taxa de notificações de violência contra idosos.

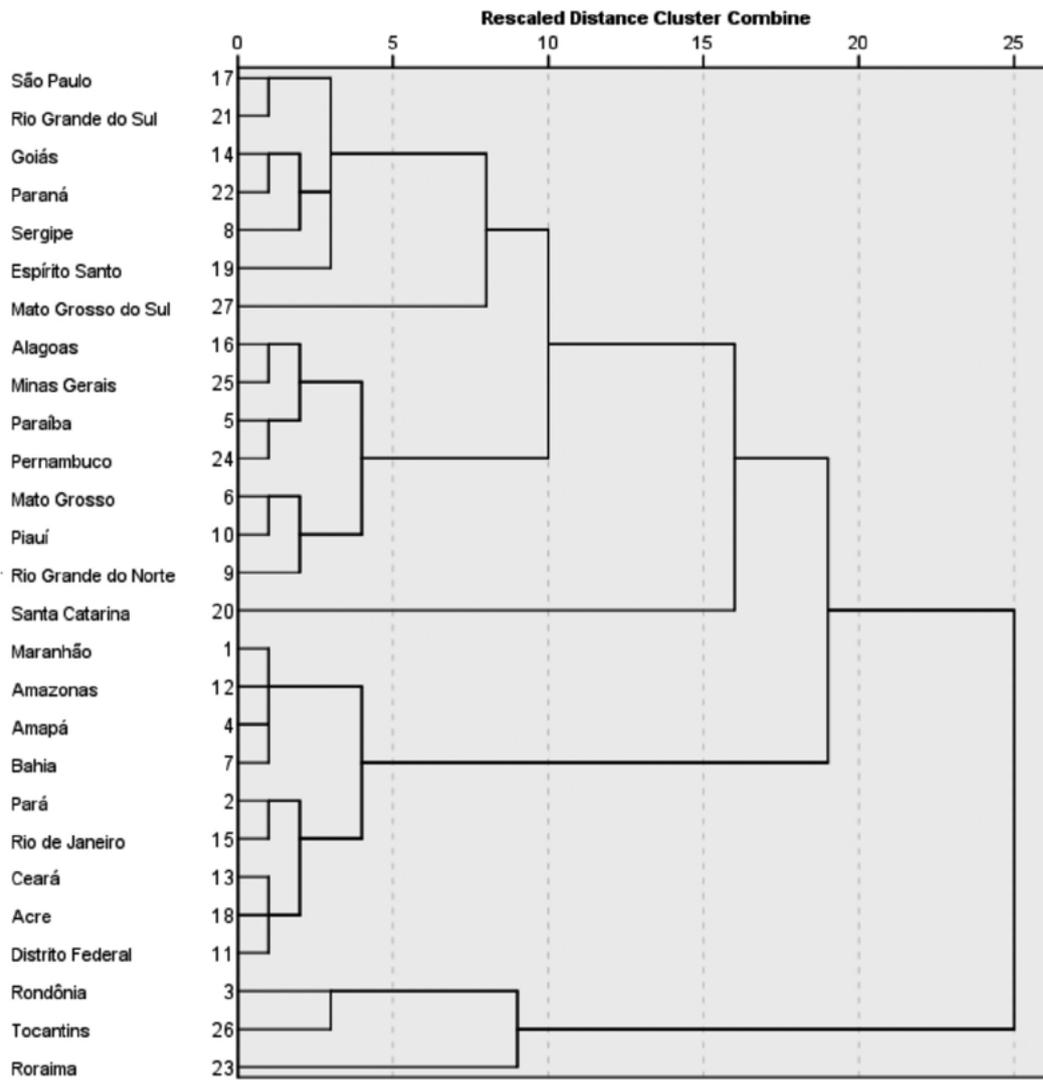


Figura 2. Dendrograma de representação da análise de *Cluster* a partir das variáveis que compõem o Plano de ação para o enfrentamento da violência contra o idoso nas Unidades Federativas do Brasil.

Tabela 2. Análise do perfil de agrupamento das Unidades Federativas a partir dos indicadores do Plano de ação de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil.

UF	Cluster	Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a)	Taxa de internação de idosos por acidentes de transporte	Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte	Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur	Taxa de internação de idosos por maus-tratos	Taxa de mortalidade de idosos por maus-tratos	Taxa de internação de idosos por queda	Taxa de mortalidade de idosos por queda	Taxa de notificações de casos de violência contra idosos	Tipo de perfil
Acre	1	Baixo	Alto	Alto	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Alto	
Amapá	1	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	
Amazonas	1	Alto	Baixo	Baixo	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Médio	Perfil das baixas taxas de violência, internação e mortalidade
Bahia	1	Alto	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Médio	Médio	Médio	Baixo	Baixo	
Ceará	1	Médio	Alto	Alto	Muito Baixo	Médio	Médio	Baixo	Baixo	Médio	
Distrito Federal	1	Baixo	Baixo	Médio	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Médio	Muito Alto	Médio	
Maranhão	1	Alto	Alto	Alto	Muito Baixo	Alto	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	
Pará	1	Muito Baixo	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	
Rio de Janeiro	1	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	
Rondônia	2	Muito Baixo	Alto	Muito Alto	Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Baixo	Alto	Muito Baixo	Perfil dos acidentes de transporte e mortalidade por maus-tratos
Roraima	2	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	Médio	Muito Baixo	Muito Alto	Muito Baixo	Médio	Muito Alto	
Tocantins	2	Baixo	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Baixo	Muito Alto	Muito Alto	
Alagoas	3	Muito Alto	Médio	Médio	Alto	Muito Baixo	Muito Baixo	Alto	Médio	Alto	
Mato Grosso	3	Muito Alto	Muito Alto	Muito Alto	Alto	Muito Baixo	Baixo	Alto	Alto	Baixo	
Minas Gerais	3	Muito Alto	Médio	Baixo	Muito Alto	Médio	Médio	Muito Alto	Médio	Muito Alto	Perfil da dificuldade de locomoção e internação por quedas
Paraná	3	Muito Alto	Médio	Alto	Médio	Muito Baixo	Alto	Médio	Médio	Muito Baixo	
Pernambuco	3	Muito Alto	Muito Baixo	Baixo	Alto	Muito Baixo	Alto	Muito Baixo	Médio	Muito Alto	
Piauí	3	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Médio	Alto	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Baixo	
Rio Grande do Norte	3	Muito Alto	Baixo	Muito Baixo	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Muito Baixo	Baixo	

continua

Continuação da Tabela 2

UF	Cluster	Proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinho(a)	Taxa de internação de idosos por acidentes de transporte	Taxa de mortalidade de idosos por acidentes de transporte	Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur	Taxa de internação de idosos por maus-tratos	Taxa de mortalidade de idosos por maus-tratos	Taxa de internação de idosos por queda	Taxa de mortalidade de idosos por queda	Taxa de notificações de casos de violência contra idosos	Tipo de perfil de violência
Espírito Santo	4	Muito Baixo	Muito Alto	Médio	Muito Alto	Muito Baixo	Alto	Muito Alto	Muito Alto	Alto	
Goiás	4	Médio	Muito Alto	Muito Alto	Alto	Muito Baixo	Muito Alto	Alto	Muito Alto	Médio	
Matto Grosso do Sul	4	Médio	Muito Baixo	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Muito Alto	Alto	Alto	Muito Alto	Perfil das quedas, fraturas e violência
Paraná	4	Alto	Médio	Alto	Muito Alto	Muito Baixo	Médio	Médio	Muito Alto	Muito Alto	
Rio Grande do Sul	4	Médio	Muito Baixo	Baixo	Muito Alto	Médio	Médio	Alto	Alto	Alto	
São Paulo	4	Baixo	Muito Baixo	Muito Baixo	Muito Alto	Médio	Baixo	Muito Alto	Alto	Alto	
Sergipe	4	Médio	Médio	Médio	Alto	Muito Baixo	Muito Alto	Médio	Muito Alto	Baixo	
Santa Catarina	5	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Muito Alto	Alto	Muito Alto	Alto	Alto	Perfil das quedas, fraturas, violência e maus-tratos

FONTE: SISAP-Idoso, 2020.

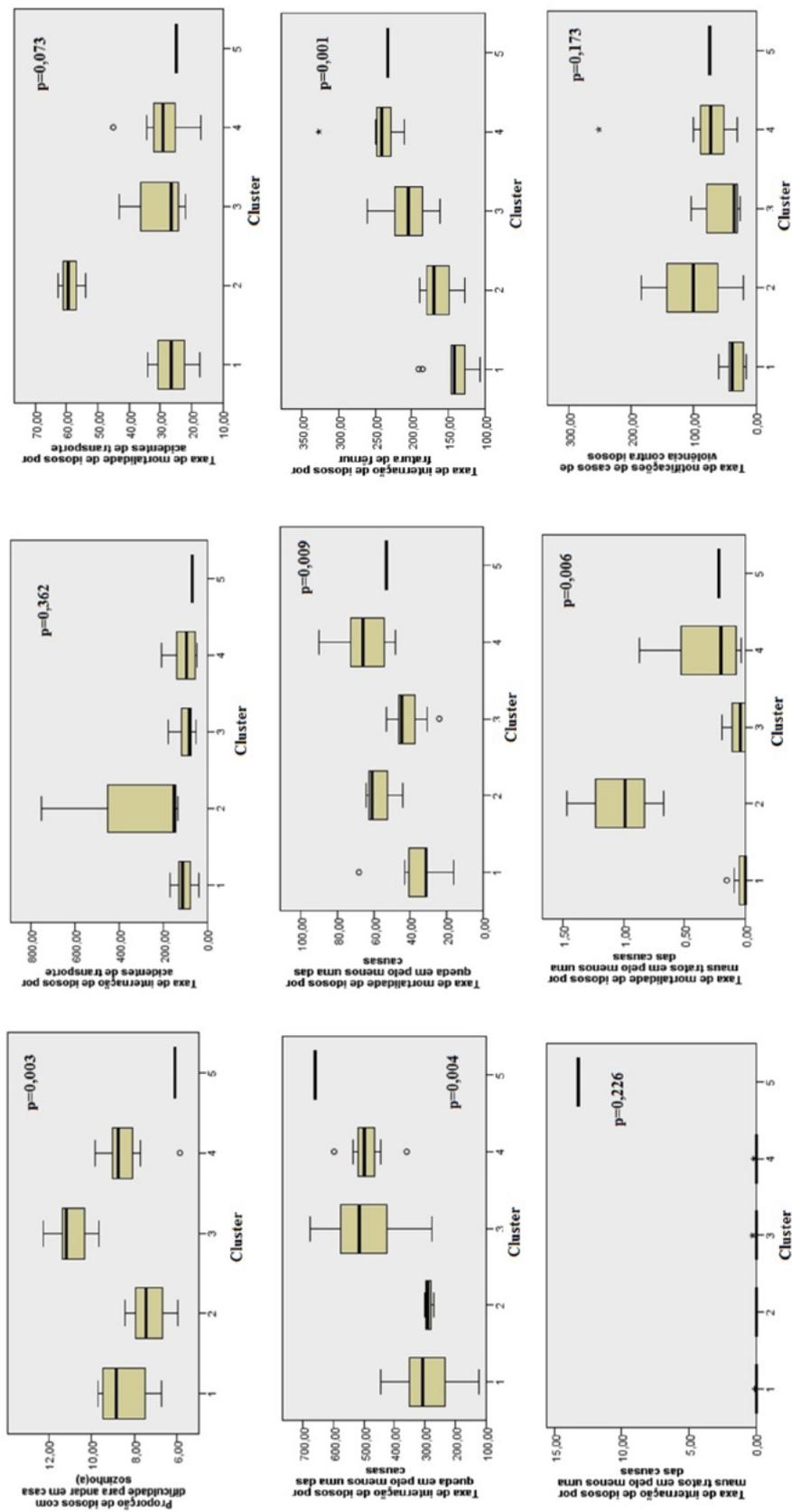


Figura 3. BoxPlot e significância estatística da comparação entre os *Clusters* para os valores de cada variável que compõem o plano de ação para o enfrentamento da violência contra o idoso no Brasil.

DISCUSSÃO

A identidade sócio-histórica da velhice tem sido construída em diversas épocas. Há registros de violência e os maus-tratos desde a Grécia Antiga, mas é no início do século XX, entretanto, em que há uma (re)emergência da desvalorização social da velhice, fruto de fenômenos como a industrialização, urbanização, avanço tecnológico, patriarcalismo, neoliberalismo, dentre outros aspectos, contribuindo para a criação de um “estatuto social de dependência da idade avançada”¹⁷.

A partir da análise dos resultados, observou-se que existe uma tendência de aumento no número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Para entender esse fenômeno, é necessário compreender os fatores que se relacionam à violência contra idosos, que já são evidenciados em estudos com essa população. Idosos que são dependentes para atividades instrumentais do cotidiano como cuidados com casa e administração do ambiente, são vítimas frequentes de violência¹⁸. Nesse sentido, quanto mais dependente do seu cuidador vai se tornando, mais propício a violência o idoso pode estar¹⁹.

A violência contra idosos começa a ser compreendida como um problema de saúde pública e de justiça criminal na contemporaneidade²⁰. Além do aumento de notificações por violência, é necessário também avaliar a tendência crescente das internações por maus-tratos. A real incidência e a prevalência de internação por maus-tratos aos idosos são desconhecidas, pois, a maioria dos casos são subnotificados. No entanto, essa tendência de aumento pode estar associada a uma notificação mais efetiva, atrelado também à existência de mecanismos legais que estabelecem isso²¹, como o Estatuto do Idoso e a Política de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Estimativas revelam que existam aproximadamente 450 mil casos novos de violência contra idosos por ano nos Estados Unidos, tendo uma prevalência geral em 10%. Esses valores são considerados alarmantes se considerar que para cada caso contabilizado, existem cinco que não são reportados²².

No contexto da América Latina, os países com maiores índices de violência são: Colômbia, Brasil e Panamá, respectivamente. Na Argentina e no Chile tal problema também é crescente, uma vez que mais de 30 mil idosos foram vítimas de maus-tratos somente no ano de 2009²³.

Estudo publicado em 2018 avaliou a tendência temporal da internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil, identificando nos resultados que no período de 1996 a 2012 ocorreram 66.876 óbitos por quedas e 941.923 internações com diagnóstico secundário associado a esse agravo em pessoas nos idosos do país. Além disso, os autores verificaram que as capitais brasileiras possuíam 32,3% desses óbitos e 21,2% dessas internações na série histórica. A taxa de mortalidade de idosos em decorrência de quedas nas capitais brasileiras aumentou 200%, passando de 1,25 para 3,75/10.000 idosos com elevação de 15% ao ano, entre 1996 e 2012²⁴. O aumento desses indicadores dentro da série histórica avaliada é justificado pelos autores pela elevação de 8,5 milhões de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, com maior incremento nas regiões Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste, seguido das regiões Sul e Norte²⁵.

A tendência de aumento identificada neste estudo também se associa a transição demográfica existente no país. O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em nível mundial, e, as quedas estão entre os agravos que mais acometem a população idosa²⁶. A mortalidade de idosos por quedas também aumentou em outros países, destacando os desenvolvidos, como os Estados Unidos²⁷.

As violências, entretanto, apresentam heterogeneidade na sua distribuição, bem como os fatores associados a estas, a depender do espaço social, político, cultural e geográfico em que se inserem. Em um estudo, foram estimadas taxas de prevalências diferentes entre os continentes, onde a Ásia apresentou 20,2%, a Europa 15,4% e as Américas em 11,7%. Esses autores afirmaram que as taxas podem variar pelo tipo de violência, a depender do país, estado ou município⁴.

No presente estudo, a distribuição espacial das taxas de cada tipo específico de violência mostrou que existe um padrão regional de distribuição dos

indicadores analisados. Foi possível observar que as maiores taxas de notificação por violência, bem como as internações por quedas, fraturas, dificuldade de andar sozinho, também internações por maus-tratos são encontradas na região Sudeste.

Pesquisadores avaliaram a internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil, identificando que Região Centro-Oeste teve as maiores taxas médias do período para a mortalidade e internação. Essa afirmação desses autores corroboram os achados do presente estudo²⁴. Algumas questões são levantadas a respeito dessas diferenças regionais nas taxas de internação e mortalidade por queda entre as regiões brasileiras, que, onde os ambientes externos associam-se diretamente a ocorrência de quedas, por meio da má pavimentação de ruas, guias e calçadas altas, também destaca-se a falta de estrutura nos transportes públicos que não facilitam a adequação do idoso²⁸. Além desses fatores, autores também associam ao ambiente que circunda o idoso, como presença de escadarias sem apoio, pisos irregulares ou não pavimentados, superfícies escorregadias, tapetes sem fixação e os ambientes com má iluminação²⁹.

Estudo feito para analisar as taxas de internação e mortalidade por agressão em pacientes acima de 60 anos, identificou que a região Sudeste apresentou as maiores taxas de internação por agressão e a segunda maior de mortalidade por essa causa. Os autores justificam que esses resultados sugerem a necessidade de maiores investimentos nos quesitos sociais e de saúde, mas, também deve-se levar em consideração que a população do Sudeste tem a maior densidade de indivíduos do Brasil, incluindo os idosos³⁰.

É preciso considerar na explicação dessas diferenças regionais características da conformação social de cada região, destacando-se as dinâmicas intraindividuais, a transmissão intergeracional da violência, os níveis de dependência entre os idosos e os seus cuidadores, o *stress* externo e o isolamento social, que são teorias já bastante relatadas na literatura para tentar explicar os fatores com potencial de conduzir a práticas violentas sobre idosos³¹.

O presente estudo identificou a relação entre as tipologias de violência a partir do agrupamento dos indicadores, evidenciados pela conformação

do dendrograma (figura 2) e da classificação dos indicadores para cada estado (tabela 2).

A análise dos indicadores nacionais relativos à violência corresponde a primeira das etapas para redesenhar o atendimento aos indivíduos idosos, os resultados refletem na avaliação das necessidades e das capacidades em declínio. Os passos seguintes sugerem a definição de objetivos, implementação de planos de assistência hospitalar, garantir um caminho de referência para os diferentes níveis de atenção à saúde e envolver as comunidades e cuidadores no processo de atenção e cuidado³².

Estratégias governamentais para enfrentamento desse fenômeno são implementadas desde a década de oitenta em países desenvolvidos³³. No Brasil, o tema passa a surgir na agenda pública com o advento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001, e o Estatuto do Idoso, em 2003, e passou a ser incorporado nas Políticas Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Política Nacional de Atenção às Urgências, Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência e pelo Pacto pela Saúde⁹.

Devido às particularidades relacionadas às denúncias de violência na fase idosa, muitas vezes relacionada a familiares e cuidadores⁷, os indicadores de saúde se colocam como estratégias para o planejamento e gestão de políticas em saúde.

Esses indicadores são majoritariamente relacionados a atenção hospitalar, sendo assim, sugere-se que o tema em questão seja objeto também da Atenção Básica, porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde.

Dada a distribuição regional da rede de atenção dos serviços de saúde brasileiros, bem como a variável cultural intimamente ligada a prevalência de violências, é importante que a Atenção Básica coordene de forma mais efetiva as ações de prevenção de acordo com as realidades locais. Existem evidências sobre o potencial de intervenções no âmbito da Atenção Básica nesse sentido³⁴.

Dentre as limitações do presente estudo, é importante considerar as características inerentes ao

desenho metodológico, tais como a impossibilidade de generalização dos resultados agregados para o nível individual e a subnotificação dos registros de violência sobre pessoas idosas.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar que há tendências significativas ao aumento do número de notificações de violência contra idosos, de internações de idosos por maus-tratos, de internações de idosos por fratura de fêmur, de mortalidade de idosos por queda e de internações de idosos por queda. Essa tendência acompanha o desenvolvimento da transição demográfica no país e no mundo. Esse aumento, entretanto, não apresenta um padrão espacial entre as regiões brasileiras.

Apesar da ausência de relação espacial, a formação dos *clusters* dão suporte para que os estados repensem a conformação de suas políticas

de maneira intersetorial, uma vez que o fenômeno da violência contra a pessoa idosa está relacionado não só a variáveis referentes ao indivíduo, mas também ao contexto, demandando articulação entre os diferentes setores.

Devem ser, ainda, intensificadas as estratégias de notificação, com vistas a diminuir as possíveis fragilidades nas denúncias e notificações de violências contra idosos no Brasil e, assim, melhorar a conformação de modelos estatísticos para apoiar as tomadas de decisão dos governos e reduzir a morbimortalidade por esses agravos.

Em nível de coordenação nacional, os planos e programas dedicados às pessoas idosas devem levar em consideração as múltiplas abordagens da violência, bem como suas tendências regionais, em especial no contexto de países em desenvolvimento, que passam por diferentes fases da transição demográfica.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
2. Alencar FO, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013*. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017186 [10 p.].
3. Williams JL, Davis M, Acierno R. Global prevalence of elder abuse in the community. In: Dong X, editor. *Elder abuse: research, practice and policy*. New York: Springer International Publishing; 2017. p. 720.
4. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2017;5(2):147-56.
5. Lopes EDS, Ferreira AG, Pires CG, de Moraes MCS, D'Elboux MJ. Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):628-38.
6. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):443-58.
7. Miranda GMD, Mendes ACG, da Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface*. 2016;21(61):309-20.
8. Teixeira C, Silveira P. Glossário de análise política em saúde. Salvador: UFBA; 2016.
9. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
10. Camacho ACLF, Alves RR. Mistreatment against the elderly in the nursing perspective: an integrative review. *J Nurs UFPE*. 2015;9(2):927-35.
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hatz ZMA, da Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 132.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Brasília, DF: MS; 2020.

13. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
14. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000;19(3):335-51.
15. Corrar LJ, Paulo E, Dias FJM. *Análise Multivariada*. São Paulo: Atlas; 2007.
16. Ribeiro CPP, Abrantes LA, Vale SJ. Desenvolvimento municipal: uma análise multivariada para os municípios mineiros. In: *Anais do 21º Congresso Brasileiro de Custos-ABC*; 17-19 nov. 2014; Natal. Natal: ABC; 2014. p. 1-16.
17. Dias I. Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia*. 2005;25(1):249-73.
18. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2199-2208.
19. Holanda A, Queiroz A, Mendonça B, Monteiro B, Nogueira D, Barros E, et al. A percepção da violência por idosos do grupo viva melhor de um município goiano. *Rev Eletr Fac Montes Belos*. 2016;9(1):173-83.
20. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
21. Young LM. Elder physical abuse. *Clin Geriatr Med*. 2014;30:761-8.
22. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *N Engl J Med*. 2015;373:1947-56.
23. Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and early identification of elder abuse. *Clin Geriatr Med*. 2014;30:743-59.
24. Abreu DRDOM, Novaes ES, Oliveira RRD, Mathias TADF, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(4):1131-41.
25. Fact Sheets n° 344: Falls. Geneva: World Health Organization; 2012.
26. Meschial WC, Soares DFPP, Oliveira NLB, Nespollo AM, Silva WA, Santil FLP. Elderly victims of falls seen by pre hospital care: gender differences. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(1):3-16.
27. Hu G, Baker SP. An Explanation for the recent increase in the fall death rate among older americans: a subgroup analysis. *Public Health Rep* [Internet]. 2012 [acesso em 26 mar. 2020];127(3):275-81. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003335491212700307>
28. Guerra HS, Bernardes DCF, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de queda em idosos na comunidade. *Rev Saúde Pesqui*. 2016;9(3):547-55.
29. Morsch P, Myskiw M, Myskiw JC. A problematização da queda e da identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):1-10.
30. Souza CS, Bandeira LLB, Napolini MM, Marcolla V, Souza NJD. Análise das taxas de internação e de mortalidade por agressão em pacientes com mais de 60 anos. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2018;16(2):89-93.
31. Wolf RS, Pillemer K. Elder abuse and case outcome. *J App Gerontol*. 2000;19(2):203-20.
32. Curcio CL, Payán-Villamizar C, Jiménez A, Gómez F. Abuse in Colombian elderly and its association with socioeconomic conditions and functionality. *Colomb Med*. 2019;50(2):77-88.
33. Thiyagarajan JA, Araujo CI, Peña-Rosas JP, Chadha S, Mariotti SP, Dua T, et al. Redesigning care for older people to preserve physical and mental capacity: SHO guidelines on community-level interventions in integrated care. *PLoS Med* 2019;16(10): e1002948 [10 p.].
34. Mohd MFH, Yuen CW, Othman S. The Effectiveness of educational intervention in improving primary health-care service providers' knowledge, identification, and management of elder abuse and neglect: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2019:1-10.



O cuidado com as pessoas idosas frágeis na comunidade: uma revisão integrativa

Care for frail older adults in the community: an integrative review

Gislaine Alves de Souza¹ 
Karla Cristina Giacomini² 
Josélia Oliveira Araújo Firmo³ 

Resumo

Objetivo: Investigar as evidências científicas a respeito do cuidado com a pessoa idosa frágil na comunidade, na percepção da pessoa idosa. **Método:** Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), da *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (Medline), Web of Science, Scopus e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis completos e de acesso livre; publicados entre 2014 e 2019; escritos em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa; condizentes com o tema desta pesquisa. **Resultados:** Emergiram dos resultados quatro categorias de análise: a fragilidade na visão da pessoa idosa frágil; as prioridades na percepção da pessoa idosa; perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços; as relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil. A percepção das pessoas idosas frágeis apresenta especificidades, tem como foco do cuidado a manutenção de sua independência, sinaliza para a necessidade de manutenção de relações interpessoais, melhora da comunicação das ações de educação em saúde e dos serviços que devem ser centrados nas pessoas. **Conclusão:** Evidenciam-se pontos que requerem atenção por parte dos serviços assistenciais e das estratégias políticas para melhorar a oferta de cuidados e para que as ações realizadas sejam acolhidas por esse público.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Fragilidade. Literatura de Revisão como Assunto. Assistência à Saúde Culturalmente Competente. Percepção. Idoso Fragilizado.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde. MG, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa produtividade (Processo 302614/2011-7) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Gislaine Alves de Souza
gislaine.as@gmail.com

Recebido: 03/07/2019
Aprovado: 26/06/2020

Abstract

Objective: to identify scientific evidence regarding the care of frail older adults in the community, from the perspective of the older adults themselves. **Method:** a descriptive, integrative review study was performed. The search for articles was carried out in the Medline, Lilacs, Web of Science, Scopus and SciELO databases. The inclusion criteria were complete available articles; published between 2014 and 2019; written in Portuguese, English, Spanish or French; which had older adults as participants. **Results:** four categories of analysis emerged from the results: frailty from the perspective of frail older adults; priorities from the perspective of the older adults; the older adults' perspectives on care by services; and interpersonal relationships in the care of frail older adults. The perception of the older adults has specific characteristics, has maintaining their independence as a focus of care, signals the need to maintain interpersonal relationships, improve communication, and for actions of health education and people-centered services. **Conclusion:** these points demand the attention of care providers and policy services to improve care delivery and provide actions that are welcomed by this public.

Keywords: Health of the Aged. Frailty. Review Literature as Topic. Culturally competent Care. Perception. Frail Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno demográfico de abrangência mundial, configura-se um processo complexo e heterogêneo que, ao nível do indivíduo, envolve a interação de múltiplos aspectos¹, inclusive a possibilidade de envelhecer com ou sem fragilidade²⁻⁴. A fragilidade é um conceito polissêmico, multideterminado e multidimensional³⁻⁵ relacionado ao aumento da suscetibilidade a desfechos desfavoráveis em saúde: adoecimento, declínio funcional, quedas, hospitalização e mortalidade⁵. Na velhice, o saber biomédico assume a fragilidade como uma vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais^{2,3,5}, correlacionada à queda da reserva funcional, à limitação nas atividades de vida diária, ao aumento na necessidade de cuidados⁶, bem como a menor satisfação com a saúde e qualidade de vida⁴.

As pessoas idosas frágeis constituem a maior parte daqueles que necessitam de cuidados informais, formais e dos serviços de saúde^{2,7}. Logo, essa síndrome constitui uma preocupação para a saúde pública, pois requer cuidados integrados², podendo ser prevenida e recuperável por meio de intervenções apropriadas⁵. O cuidado é uma condição humana que depende do ponto de vista do receptor de cuidados^{8,9}. Ademais, os modelos de cuidado centrados no tratamento agudo mostram-se inadequados à população idosa frágil, pois, usualmente, desconsideram as configurações específicas desse fenômeno na comunidade, os seus sistemas de apoio e a própria pessoa envolvida³.

Além disso, estudos sobre esse tema concentram-se principalmente na associação entre a síndrome de fragilidade e desfechos adversos¹⁰. Sendo raros e limitados os estudos acerca da experiência de pessoas idosas frágeis^{4,11,12}, na ótica da população que recebe o cuidado⁸ e no âmbito comunitário¹³. Assim, embora fundamental, a perspectiva de pessoas idosas frágeis é relativamente desconhecida¹⁴. Pesquisas que considerem as opiniões, valores, atitudes, compreensões, estratégias de enfrentamento das pessoas idosas frágeis no planejamento, na definição de recursos, cuidados e intervenções no contexto de fragilidade^{2,4,7,15} são relevantes para melhorar a assistência e os cuidados de saúde, adequar os serviços e as políticas às demandas desse público^{5,16} para auxiliar no alcance da integralidade^{9,16,17}. Desse modo, a experiência das pessoas idosas frágeis nos cuidados configura-se de vital importância para melhorias na assistência¹⁸.

Logo, este artigo busca conhecer as evidências científicas a respeito do cuidado à pessoa idosa frágil na comunidade, na percepção da pessoa idosa por meio de uma revisão integrativa. Destarte, este artigo visa contribuir para sintetizar evidências¹⁹ e melhorar o cuidado dessa população^{20,21}.

MÉTODO

Para obter a síntese da literatura atual desenvolveu-se uma revisão integrativa. Esse método, de modo

sistemático, ordenado e baseado em evidências, possibilita combinar diversas metodologias teóricas e empíricas (experimentais e não experimentais) a respeito de um fenômeno particular. Parte-se de uma pergunta norteadora para obter um retrato abrangente e relevante para o cuidado de saúde¹⁹⁻²¹. Esta revisão integrativa baseou-se nas seguintes etapas: identificação do problema de estudo; estabelecimento da estratégia de busca na literatura; seleção de estudo com base nos critérios de inclusão e exclusão; leitura crítica; avaliação e categorização do conteúdo; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão^{19,20}.

A pergunta norteadora foi: *quais as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade, na visão da pessoa idosa?* As bases de dados pesquisadas foram Medline, Lilacs, Web of Science,

Scopus e SciELO. Os termos foram pareados com o uso do operador booleano “and”: *frail elderly, standard of care, culturally competent care, care; elderly, care, fragility; older adults, care, fragility; frail older people, care; frailty, old, care*. Optou-se por manter descritores e palavras-chave relevantes para a aproximação do objeto pesquisado. A percepção de pessoas idosas frágeis na comunidade acerca do cuidado foi pesquisada a partir da leitura dos resumos. A pesquisa, realizada por três pesquisadoras, foi efetivada em outubro e novembro de 2018 e atualizada em dezembro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis completos e de livre acesso; publicações de 2014 a 2019; trabalhos em português, inglês, francês ou espanhol. O fluxograma das etapas de seleção dos artigos está compilado na Figura 1.

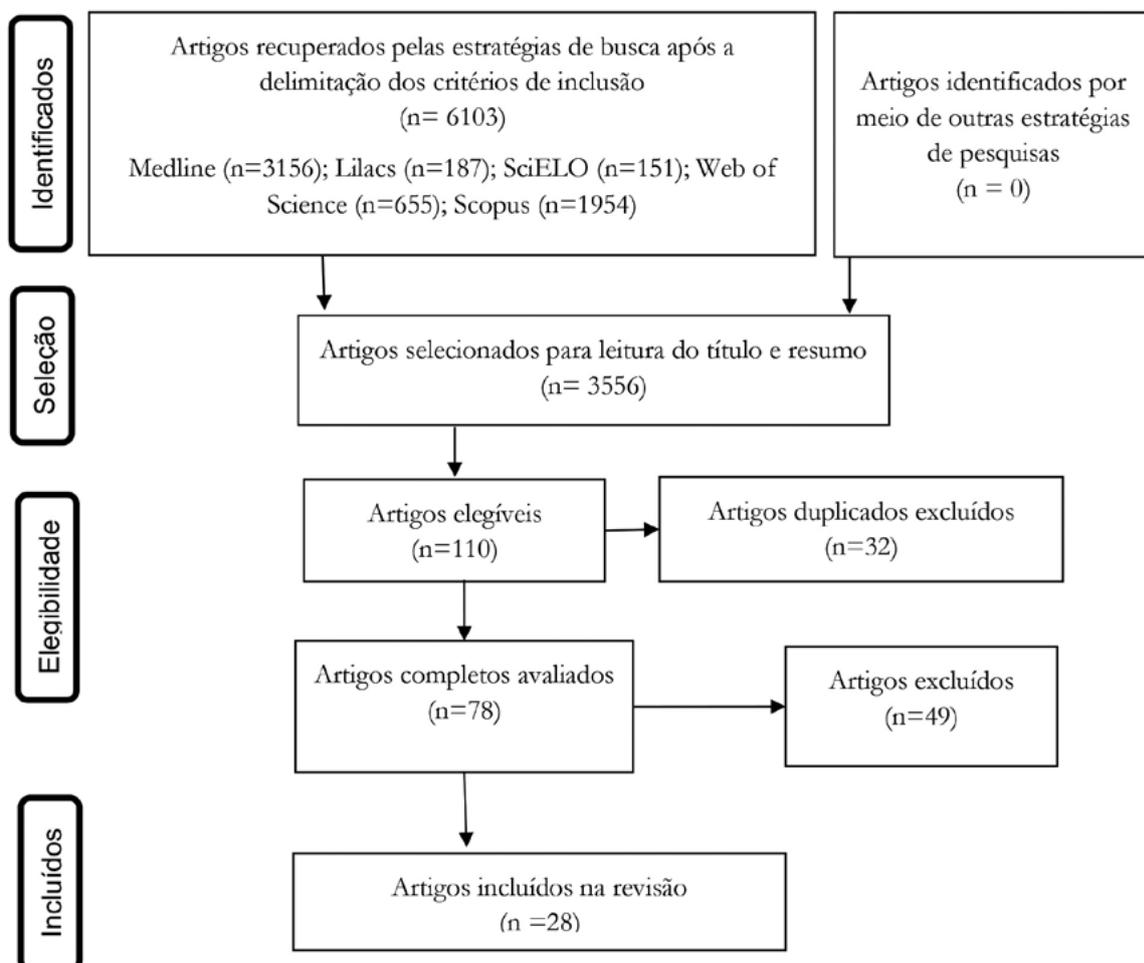


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos baseado no modelo Prisma. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

Na triagem, realizada por duas pesquisadoras, foram excluídos artigos que tratassem de: validação de instrumentos e protocolos; avaliação de prevalência, de intervenções/ programas e de custos; modelos de cuidado; associação da fragilidade com sintomatologia específica e que debruçasse sobre a visão da pessoa idosa hospitalizada ou institucionalizada. Aqueles que incluíam outros participantes, mas que era possível distinguir a visão da pessoa idosa na comunidade foram considerados.

Os artigos selecionados foram classificados quanto aos níveis de evidência científica conforme proposto por Stetler et al.²¹, os quais compreendem: nível I-meta-análise de múltiplos estudos controlados; nível II-estudos experimentais individuais; nível III-estudos quase experimentais; nível IV-estudos não experimentais como pesquisa descritiva correlacional, estudos qualitativos ou estudos de caso; nível V-relato de caso e nível VI-opinião de especialistas reconhecidos.

Os artigos foram categorizados compilando: título; autores; ano; periódico; país; idioma; método; amostra; procedimento de coleta e de análise dos dados; palavras-chave; objetivos; recomendações; limitações e a visão das pessoas idosas sobre o cuidado com a pessoa idosa frágil na comunidade.

RESULTADOS

Após a leitura dos 3.556 resumos foram selecionados 110 artigos e, após a exclusão dos artigos duplicados encontrados por diferentes estratégias de buscas, chegou-se a 78 artigos, que foram lidos na íntegra. Desses, 28 foram incorporados nesta revisão. Os artigos selecionados foram todos escritos em língua inglesa (n=28); provenientes principalmente do continente europeu (n=25). Quatorze artigos estudaram exclusivamente a percepção das pessoas idosas e em 15 publicações havia também outros participantes.

Acerca da mensuração da fragilidade, cinco artigos utilizaram a Escala de Fragilidade Clínica^{11,15,22-24}, quatro utilizaram o Fenótipo de Fragilidade^{14,23,25,26}, três utilizaram o Indicador de fragilidade de Tilburg²⁷⁻²⁹, dois artigos utilizaram o Instrumento Abrangente de Avaliação da Fragilidade^{10,30}, cinco definiram a fragilidade sem instrumento ou mensuração objetiva^{4,14,31-33}, um artigo utilizou o Prisma-7⁶ e um a Escala de Fragilidade de Edmonton³⁴. Desses, em dois artigos^{14,23} haviam a combinação de mais de um instrumento. Em nove artigos a mensuração da fragilidade não estava explícita^{18,35-42}.

Os artigos avaliados tiveram evidência predominantemente no nível IV (27 artigos) delineados como estudos qualitativos, descritivos e transversais e um artigo correspondente ao nível III, quase experimental. Assim, as evidências dos artigos incorporados a esta revisão demonstram-se razoáveis. Dentre os artigos selecionados, 75% (n=21) utilizaram metodologias qualitativas, listados no Quadro 1. Desses, 90,48% empregaram a entrevista como instrumento para coleta de dados; um artigo associou com dados observacionais e sete utilizaram o grupo focal. Explicitamente a análise temática e codificação de categorias é o tipo de análise mais recorrente (n=12), o software *Nvivo* (n=7) é o mais utilizado nessas análises qualitativas, seguido do Atlas Ti (n=3).

O uso de metodologias quantitativas representou 17,86% (n=5) dos artigos, conforme sumarizado no Quadro 2. De modo geral, os autores desses artigos utilizaram para coleta de dados questionários, instrumentos de rastreamento em saúde e escalas. Quatro estudos eram transversais e um quase-experimental. O software SPSS foi o instrumento de análise estatística citado em todos os estudos analisados.

Dos artigos quanti-qualitativos (n=2), um realizou a coleta de dados a partir da associação de entrevista e instrumentos de rastreamento em saúde e um o fez por meio de questionário semiestruturado, listados no Quadro 3.

Quadro 1. Artigos qualitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Explorar as influências nas preferências de cuidados por idosos frágeis com doenças agudas recentes ²² .	17	10M e 7H	84
Explorar as experiências de idosos frágeis com depressão e ansiedade e seus pontos de vista sobre a procura de ajuda e maneiras pelas quais os serviços podem ser adaptados para melhor atender as suas necessidades ³¹ .	28	19M e 9M	80,71
Explorar as opiniões para determinar se existem estratégias diárias eficazes que elas podem adotar para reduzir, reverter ou prevenir a fragilidade ³² .	9	6M e 3H	73-89
Explorar como as pessoas idosas levemente frágeis percebem a promoção da saúde e os fatores que afetam a mudança de comportamento ²³ .	16	13M e 3H	80
Explorar a saúde, a gestão da saúde e os fatores comportamentais que contribuem para permitir que pacientes de alto risco evitem internações não planejadas ³⁵ .	21	9M e 12H	58-96
Investigar como as pessoas conseguiram manter-se resilientes à medida que envelhece em lugares remotos, apesar da lacuna em serviços de apoio formais ³⁷ .	14	Não informado	61-80
Explorar as percepções dos comportamentos empreendidos por idosos com fragilidade leve e os componentes para novos serviços de promoção da saúde em casa ²⁴ .	14	8M e 6H	75-94
Contrastar as experiências frágeis dos idosos com as percepções dos outros sobre a solidão existencial ³³ .	15	7M e 8H	86
Explorar como pacientes idosos frágeis experimentam a vida diária uma semana após a alta de uma admissão aguda ²⁹ .	14	7M e 7H	80,6
Explorar as percepções dos idosos sobre a fragilidade e suas crenças a respeito de sua progressão e consequências ¹¹ .	29	17M e 12H	66-98
Explorar o acesso à serviços de saúde e assistência social para idosos frágeis a fim de determinar suas perspectivas para o desenvolvimento de serviços mais acessíveis ³⁶ .	9	Não informado	>65
Explorar as experiências, entendimentos, os significados e maleabilidade da fragilidade para os indivíduos; e informar o desenvolvimento de intervenções viáveis na prática clínica ¹⁵ .	25	16M e 9H	>65
Explorar como as pessoas idosas com problemas de saúde complexos experimentam a fragilidade em suas vidas diárias ³⁸ .	10	7M e 3H	84
Examinar as percepções e conhecimentos sobre a fragilidade entre os idosos ²⁵ .	29	21M e 8H	76,3
Descrever como a solidão existencial foi narrada por idosos frágeis ²⁶ .	22	10M e 12H	76-101
Examinar como as pessoas idosas lidam com a fragilidade em um programa de cuidados de transição e discutir as implicações para melhorar a prestação de serviços ¹⁸ .	20	13M e 7H	80
Explorar como pessoas idosas que vivem em bairros desfavorecidos lidam com questões de envelhecimento ⁴⁰ .	20	13M e 7H	72,5
Investigar o conceito de controle percebido relacionado à assistência à saúde do ponto de vista de pessoas idosas frágeis ¹⁴ .	32	19M e 13H	65-84=17 ≥85=15
Explorar a experiência de pessoas idosas frágeis e dos gerentes de casos de uma intervenção complexa de gerenciamento de caso ⁴¹ .	14	10M e 4H	83
Elaborar uma estrutura interpretativa a partir do entendimento da pessoa idosa sobre independência e autonomia para receber cuidados especializados ⁴² .	91	68M e 23H	80,8
Explorar a experiência de sentido na vida, bem como da perda de sentido para idosos socialmente frágeis ³⁰ .	56	34M e 22H	79,3

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

Quadro 2. Artigos quantitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Examinar se as perspectivas de idosos frágeis que vivem na comunidade sobre a qualidade dos cuidados primários de acordo com as dimensões do Modelo de Cuidado Crônico estão associadas à produtividade das interações paciente-profissional ²⁷ .	464	336M e 128H	82,4
Examinar a solidão, a qualidade de vida relacionada à saúde e as queixas de saúde em relação ao consumo de cuidados de saúde em ambulatório entre pessoas idosas que vivem em casa ³⁹ .	153	102M e 51H	81,5
Analisar o poder explicativo das variáveis que medem os fatores de fortalecimento da saúde para a autoavaliação da saúde entre pessoas idosas frágeis que vivem na comunidade ⁴ .	161	89M e 72H	82
Descrever as necessidades de cuidados percebidas como atendidas e não atendidas por pessoas idosas frágeis usando uma avaliação multidimensional e explorar as associações com as características sociodemográficas e relacionadas à saúde ⁶ .	1.137	760M e 377H	80,5
Examinar as necessidades de saúde de idosos residentes na comunidade que vivem no Porto, Portugal, diagnosticados com demência moderada ou grave, associada a dependência funcional, declínio cognitivo, limitações nas atividades da vida diária e níveis de fragilidade ³⁴ .	83	55M e 28H	79,95

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

Quadro 3. Artigos quanti-qualitativos analisados, 2014-2019. Belo Horizonte, MG, 2019.

Objetivo	Nº de idosos	Sexo	Média de idade*
Obter insights sobre as experiências vividas de fragilidade entre pessoas idosas para determinar quais forças podem equilibrar os déficits que afetam a fragilidade ¹⁰ .	121	76M e 45H	78,8
Identificar os riscos que poderiam ameaçar a vida independente de pessoas idosas frágeis ²⁸ .	29	22M e 7H	83,6

M=mulheres e H=homens; *ou intervalo etário, em anos.

DISCUSSÃO

Em resposta à pergunta norteadora: “*quais as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade na visão da pessoa idosa?*”, nota-se que a literatura contempla diferentes âmbitos e dimensões do cuidado. Aborda-se o cuidado de si, familiar, comunitário, social e intersectorial. Os resultados foram organizados em quatro categorias de análise: a fragilidade na visão da pessoa idosa frágil; as prioridades na percepção da pessoa idosa; perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços; as relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil.

A fragilidade na visão da pessoa idosa frágil

Essa categoria aborda como as pessoas idosas percebem a fragilidade. É recorrente a visão da pessoa idosa da fragilidade como um rótulo negativo, prejudicial, rejeitado e associado à piora das condições de saúde, diminuição da participação e aumento da estigmatização^{11,15,25,32}. Um estudo qualitativo sobre a percepção e atitude de pessoas idosas frente à fragilidade sinaliza a discrepância entre a operacionalização em contextos clínicos e a compreensão de idosos¹¹. As pessoas idosas não se identificavam como frágeis mesmo quando preenchiam os critérios objetivos de diagnóstico

e essa classificação nem sempre coincidiu com o sentimento de fragilidade¹¹. Para os idosos, a fragilidade era identificada conforme os níveis de saúde e a participação em atividades físicas e sociais, decorrente de eventos isolados, incapacidades temporárias, idade avançada ou limitação física¹¹.

A fragilidade foi descrita como uma condição física e psicológica negativa próxima da incapacidade e refletindo estereótipos comuns da velhice¹¹. Para muitas pessoas idosas a fragilidade era inevitável, permanente e irreversível, decorrente do envelhecimento e composto não apenas por elementos físicos propostos na definição fenotípica, mas também aspectos mentais e psicológicos²⁵. Assim, para o público idoso as mudanças em saúde poderiam ser causa ou resultado da autoidentificação como frágil, de modo que o diagnóstico se revelava não apenas uma informação, mas também um determinante para a sua saúde¹¹. Os participantes mais frágeis aceitavam melhor o diagnóstico por viver com mais sintomas que os menos frágeis²⁵. Mesmo entre as pessoas idosas frágeis a preferência é por não usar o termo para descrever sua condição de saúde, assim os programas necessitam inovar em uma comunicação que seja aceitável²⁵ e se atentar aos efeitos negativos desse rótulo como frágil para essa população¹⁵.

Aparece ainda na literatura^{4,5,15} que a maleabilidade da fragilidade é pouco conhecida entre as pessoas idosas demandando educação em saúde para conscientizar da reversibilidade da fragilidade e modificar comportamentos em saúde. Pessoas idosas, que vivem em bairros carentes aparentavam desenvoltura para lidar com as adversidades e mostravam-se contentes com as capacidades que possuíam. Comportamento que para os autores poderia mascarar os déficits de conhecimento desvelando a potencialidade da educação em saúde para enfrentar as dificuldades relacionadas ao envelhecimento⁴.

Outro estudo aborda a compreensão da fragilidade pelas pessoas idosas como um estado dinâmico que conjuga fatores de equilíbrio do âmbito do indivíduo, do ambiente e macrossociais, que influenciam na manutenção de uma boa qualidade de vida¹⁰. Logo, o controle na área da saúde é multidimensional e os fatores externos são tão importantes quanto às atitudes ativas e os processos cognitivos empregados

pelo próprio sujeito¹⁴. Por outro lado, também ocorreram relatos de que ser frágil facilitaria a obtenção de assistência, atenção, apoio e benefícios de outras pessoas, podendo funcionar como um meio para buscar melhorias dos cuidados e serviços¹¹.

As prioridades na percepção da pessoa idosa

Evidenciar as prioridades percebidas pelas pessoas idosas é relevante²⁸. Nessa categoria apresenta-se o interesse das pessoas idosas frágeis de permanecerem em seu domicílio²⁸, mantendo-se mais independentes possível, com autonomia, qualidade de vida e capacidade de lidar com as atividades cotidianas^{23,28}. Na perspectiva da pessoa idosa, o declínio na saúde física revela-se como um aspecto aceito do processo de envelhecimento^{28,40}, tendo como condição permanecer independente e não incomodar os outros²⁸. Preservar sua capacidade de autocuidado, permanecer em suas redes sociais, não se sentirem solitários, manifestar menos sintomas, bem como manter sua autonomia, participação na comunidade e acessar os atendimentos indispensáveis são elencados como prioritários^{4,10,28}.

Mesmo os idosos mais frágeis apresentam o engajamento em atividades diárias como subsídio para a construção de resiliência contra a fragilidade³². A perspectiva das pessoas idosas frágeis demonstra ainda experimentar ansiedade, insegurança, incertezas e medo diante da fragilidade quando a vida diária se torna precária e desafiadora^{18,38}. Assim, diminuem seu senso de controle, buscam apoio para adaptar ao novo nível de fragilidade¹⁸, para manter sua independência e continuidade de sua personalidade³⁸.

Os estudos evidenciam que muitas pessoas idosas frágeis se mostram relutantes em pedir ajuda ou apoio à sua rede social por receio de incomodar os outros ou por concluírem a impossibilidade de receberem ajuda²⁸. Após a vivência de uma doença aguda mantém-se o desejo de permanecer independente, de 'voltar ao normal' e, se necessário, de encontrar o seu novo normal de acordo com suas preferências em seu próprio contexto social²².

Nessa perspectiva, as prioridades na visão da pessoa idosa frágil não são apenas os problemas

médicos, incluem também os fatores de apoio para manutenção da capacidade de cuidar de si mesmo^{4,38}. Por meio de uma regressão logística, na análise bivariada, as pessoas idosas frágeis que estavam satisfeitas com a capacidade de cuidar de si tiveram cerca de oito vezes mais chances de classificar sua saúde como boa em comparação com aqueles que não estavam satisfeitos com a capacidade de cuidar de si⁴.

Dentre os fatores que modulam a percepção de controle pelas pessoas idosas a respeito de seus cuidados em saúde, destacam-se: a autoconfiança na organização do cuidado profissional e/ou informal e na gestão da saúde no ambiente doméstico; a clareza dos cuidados disponíveis; bem como o apoio percebido da rede social, dos profissionais, das organizações de saúde, da infraestrutura e de serviços¹⁴. Por outro lado, o desinteresse pelo autocuidado pode ser consequência da perda de suas habilidades ocasionando o rebaixamento de sua expectativa nesse âmbito¹⁴. A percepção do comprometimento da independência surge associada ao esclarecimento de suas distintas dimensões: relativa, especial e social⁴².

Perspectivas das pessoas idosas acerca dos cuidados pelos serviços

A partir das perspectivas das pessoas idosas frágeis que vivem na comunidade visualizam-se importantes pontuações acerca do cuidado realizado pelos serviços que indicam a necessidade de respostas mais heterogêneas¹⁸. Os artigos revisados salientam o enfoque à independência da pessoa idosa frágil, o cuidado centrado na pessoa e a assistência personalizada aos tópicos importantes para a vida diária de cada indivíduo para manter sua autonomia apesar da incapacidade^{15,18,24,38}. A integração dos serviços para minimizar a fragmentação na prestação de serviços, melhorar a comunicação, a socialização e a mobilidade são necessários^{15,18,24,34}. Emerge ainda como imprescindível incluir aspectos emocionais para produzir conforto e bem-estar; adotar abordagens psicossociais e espirituais, avaliar as necessidades de cuidados e realizar uma avaliação geriátrica abrangente³⁴.

O conceito multidimensional da fragilidade desafia a considerar as perspectivas subjetivas das pessoas idosas. Um artigo destaca a abordagem salutogênica no planejamento de cuidados como benéfica a pessoas idosas frágeis baseando nas narrativas desse público sobre sua vida cotidiana de modo a apoiar a pessoa em seu contexto de vida, para permanecer em sua rede social e manter satisfação com a capacidade para gerenciar a vida cotidiana⁴.

Pessoas idosas frágeis precisam de uma ampla gama de serviços por um longo período de tempo devido à complexa situação de saúde e mudanças que vivenciam³⁶. Na Polônia, a perspectiva de pessoas idosas frágeis revelou a inadequação dos serviços às necessidades dessa população, dentre as dificuldades para acessar a saúde e a assistência social estavam: o desconhecimento sobre a existência de alguns serviços; a suboferta, a longa espera e a localização geográfica dos serviços; a falta de profissional adequado e treinado na área de saúde da pessoa idosa, o baixo funcionamento dos serviços às pessoas mais vulneráveis, dentre outros³⁶.

A preocupação dos serviços sobre a triagem dos pacientes idosos frágeis deve ser acompanhada de intervenções de apoio aos idosos e aos seus cuidadores¹⁵. Na atenção primária, publicações evidenciam a necessidade de se investir na interação entre pacientes e profissionais para melhorar a qualidade da assistência²⁷. Nesse âmbito, a percepção das demandas de cuidados fornece informações importantes sobre as reais necessidades de cuidados de idosos frágeis – contudo, de modo frequente ainda há mais atenção às questões físicas e ambientais que as no domínio psicossocial⁶. No Reino Unido, as pessoas idosas avaliaram bem a assistência recebida, afirmaram confiança e continuidade dos cuidados em saúde a evitar uma internação não planejada agregando medicação, ajudas físicas, adaptações no lar, adoção de estilo de vida saudável e práticas psicossociais³⁵.

As evidências científicas sugerem que as intervenções se atentem a perspectivas multidimensionais de idosos frágeis em alta hospitalar, tenham cautela nos cuidados de transição e reorganize a integração entre o setor primário e secundário da assistência²⁹. O envolvimento da pessoa idosa frágil

em seu cuidado, na tomada de decisão, na transição de cuidados do hospital para o domicílio demanda melhorar a comunicação e a informação²⁹. Para os pacientes aparece como relevante o tipo e a quantidade de ajuda, o acesso e administração de medicamentos, as falhas na comunicação, o receio de estar doente sozinho e preocupação com as atividades de vida diária²⁹. Nesses cuidados de transição também emerge o desejo de que a assistência seja individualizada, integrada, centrada nas necessidades do cliente, e com seu envolvimento nas tomadas de decisão para que se sinta apoiado diante do aumento dos níveis de fragilidade¹⁸. De modo oposto, visualiza-se que a transição de cuidados pode ser prejudicada em virtude da fragmentação na prestação de serviços, da perda de controle sobre o processo em um cenário de diminuição da funcionalidade, adaptação e incertezas em torno do suporte futuro¹⁸.

Para as pessoas idosas frágeis a satisfação com a capacidade de cuidar de si mesmo, tendo 10 ou menos sintomas e não se sentir solitário, teve o melhor poder explicativo para experiências frágeis de idosos de boa saúde devido a possibilidade de gerenciar e manter sua vida cotidiana⁴. Idosos frágeis com mais limitações relatam mais necessidades de cuidados atendidos e não atendidos em todos os domínios. Um estudo descobriu que uma idade mais jovem e um nível educacional mais alto estavam associados à presença de necessidades não atendidas, um presumível efeito de coorte por essa população provavelmente ter uma expectativa mais elevada em relação aos serviços de saúde⁶.

As relações interpessoais no cuidado para pessoa idosa frágil

Essa categoria introduz os diversos aspectos relacionais que modulam o cuidado à pessoa idosa frágil na comunidade. O relacionamento interpessoal, o contato social, a intervenção em contextos comunitários foram particularmente valorizados por esse público^{14,23,31,35,36} como fundamental para prevenção, adesão às intervenções e redução da fragilidade²³.

Ter um objetivo na vida, sentir-se útil e permanecer socialmente ativo poderia ocasionar menos intervenções médicas - perspectiva almejada por esse

público²³. As publicações evidenciam a importância de se interessar pelas experiências das pessoas idosas frágeis; ofertar visitas domiciliares, escuta e o apoio psicossocial na comunidade²³; reconhecer a incidência de ansiedade e depressão nessa população³¹. De modo similar, outro estudo sustenta que a rede de apoio familiar, parentes, vizinhos e amigos reduziram a ansiedade, a hospitalização e foram reconhecidos como fundamentais para o bem-estar³⁵. Visualiza-se uma correlação entre o apoio social e a resiliência a contribuir para uma maior qualidade de vida dos idosos^{35,37}. O convívio social e comunitário expressa-se como uma possibilidade para compensar as perdas⁴². Igualmente, os laços sociais com familiares, vizinhos, cuidadores, autoridades locais aparecem como importante fonte de significado³⁰. Os papéis sociais desempenhados pelas pessoas idosas e as redes se modificam com o tempo, as pessoas idosas frágeis tendem a manter uma rede pequena por causa da dificuldade de estabelecer uma nova rede em virtude da fragilidade e por serem seletivos nas buscas de relacionamentos³⁰.

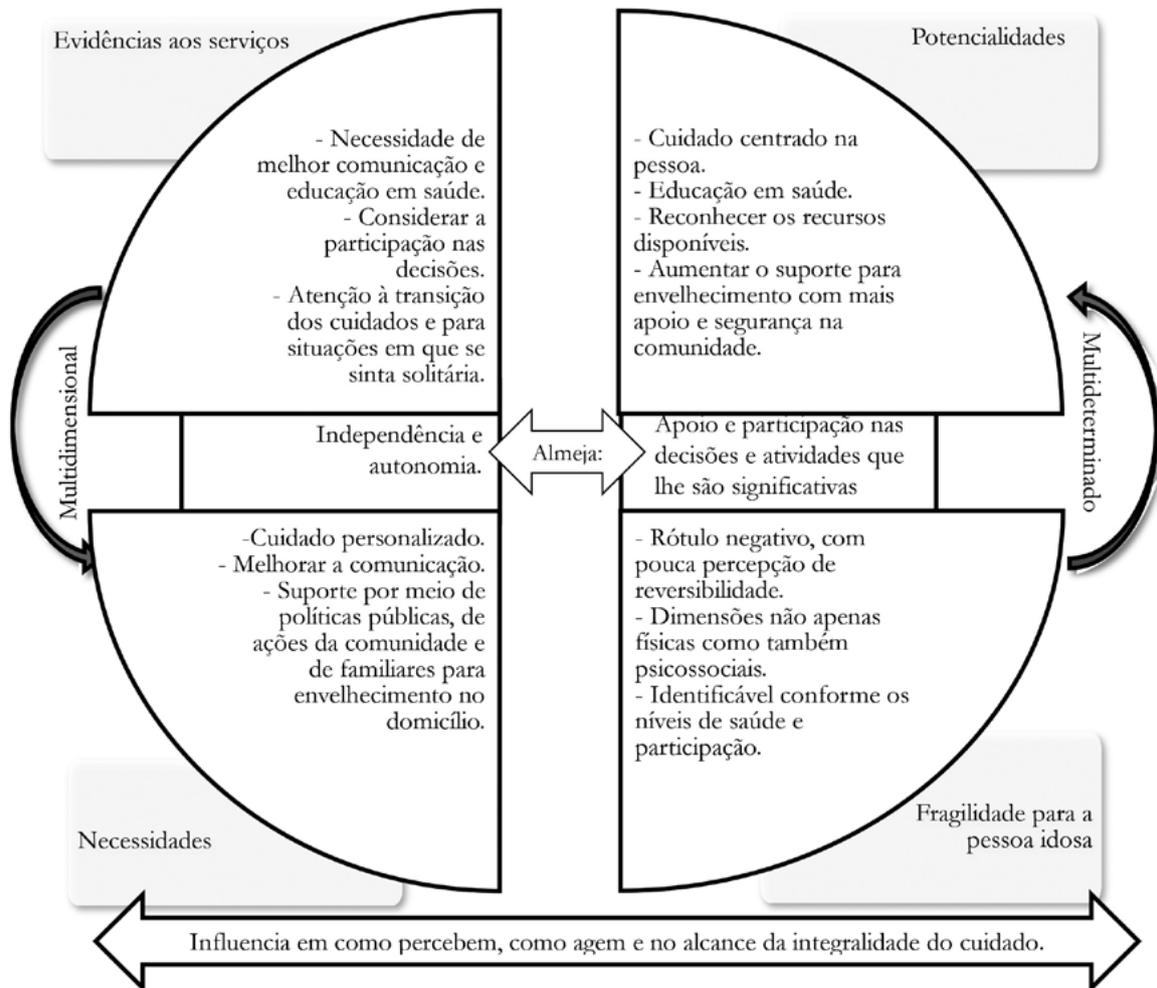
Outro aspecto é reconhecer a solidão como um problema clínico potencial para o idoso frágil que aumenta a utilização dos serviços de saúde³⁹. Um estudo aborda a percepção de pessoas idosas frágeis acerca da solidão existencial baseado no modelo teórico Emmy van Deurzen, a vida da pessoa idosa é caracterizada pela espera, por vivenciar diferentes processos de perdas: em seu ambiente social, de papéis sociais, em seu corpo, dentre outros³⁹. Neste artigo, as evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil sinalizam que na visão da pessoa idosa estar conectado nas relações sociais não significa quantidade de contatos e sim conversas profundas acerca de assuntos significativos, e por outro lado, a sensação de solidão existencial surge quando as escolhas realizadas desconsideram as opiniões das pessoas idosas³³. De modo semelhante, a literatura reconhece que pode ocorrer um sentimento de despersonalização quando as pessoas idosas não estão envolvidas nas decisões².

Outro estudo denota que a união significativa com parentes, amigos e equipe de saúde (por meio de cuidados centrados na pessoa), bem como a experiência de viver uma vida significativa, de ter seus sentimentos reconhecidos facilitam aliviar a

solidão existencial e contribuem em seu processo de cuidado²⁶. A prevalência do sentimento de solidão, na população idosa frágil, é semelhante à outras pessoas idosas. No entanto, pessoas idosas mais frágeis e solitárias apresentaram pior condição de saúde geral física, psicossocial e utilizaram mais os serviços de saúde comparados aos não solitários³⁹.

Os significados da vida para pessoas idosas frágeis podem ainda estar no âmbito das diferentes necessidades. A luz do modelo teórico de Derkx, as necessidades para a pessoa idosa frágil foram: continuar suas atividades diárias, ter um propósito para o futuro, realizar hobbies, manter a conexão com os filhos e os netos; avaliar seu modo de vida

como moralmente digno; manter o nível de controle e autonomia de suas vidas; se valorizar, ser reconhecido e respeitado pelos outros; perceber a continuidade de sua identidade; manter conexão a parentes e amigos como suporte aos outros apesar de serem frágeis ou ainda uma conexão no âmbito espiritual; excitação na transcendência por meio da arte, da cultura, da natureza e dos acontecimentos da vida³⁰. Assim, a perda ou escassez de sentido manifesta-se como resultado do envelhecimento ou de uma rede de conexão restrita, que pode ocorrer em virtude da falta de propósito, de coerência ou de conexão, desse modo, evidencia-se a importância do ambiente social para manutenção do significado de vida³⁰. Os resultados e discussão estão sintetizados na Figura 2.



Fonte: Os autores.

Figura 2. Evidências científicas sobre o processo de cuidado ao idoso frágil na comunidade, na visão da pessoa idosa. Belo Horizonte, 2019.

Esta revisão tem como limitações não ter abordado a perspectiva de outros atores envolvidos nas configurações do cuidado para pessoa idosa frágil na comunidade. Contudo, contribui para considerar o ponto de vista de pessoas idosas frágeis que é pouco conhecido^{11,18} ao planejar ações de saúde e políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. Assim, considerar as necessidades psicossociais das pessoas idosas frágeis⁶ fornece *insights* sobre os riscos que esse público percebe como prioritário²⁸ e quais são suas estratégias de enfrentamento⁴⁰.

CONCLUSÃO

Nesta revisão a maioria dos estudos mostrou a fragilidade na perspectiva da pessoa idosa com especificidades que a difere da operacionalização clínica e influencia no cuidado. A fragilidade aparece como um rótulo predominantemente negativo para a pessoa idosa frágil e com pouca percepção de reversibilidade. As evidências científicas sobre o cuidado na visão da pessoa idosa frágil na comunidade mostram que o foco do cuidado é manter a sua capacidade, funcionalidade e participação nas decisões. Entretanto, essa condição depende também da disponibilidade da rede de apoio, dos recursos comunitários e das políticas públicas. Desse modo, o modelo de cuidado integral, o apoio à pessoa idosa e aos seus cuidadores faz-se necessários para aumentar o suporte ao envelhecimento com mais apoio e segurança durante o maior tempo possível.

A revisão mostrou que os serviços necessitam ofertar uma assistência personalizada, centrada na pessoa, que inclua também aspectos psicossociais, suas narrativas e seus contextos de vida, com

atenção especial aos cuidados de transição e para que as pessoas idosas frágeis não se sintam solitárias. Possibilitou ainda a observação de que, para a pessoa idosa frágil na comunidade, é necessário melhorar a comunicação considerando as escolhas de acordo com os interesses desse público. Desse modo, atenta-se para o fato de que o significado da vida para essa população enfoca também na comunicação, logo uma postura ética no cuidado à pessoa idosa frágil envolve escutá-la.

Os artigos examinados neste estudo refletiram a ausência de consenso a respeito da mensuração da fragilidade. As publicações concentram-se em países desenvolvidos os quais vivenciam há mais tempo o processo de envelhecimento, assim atenta-se para maiores desafios em países em desenvolvimento. A demanda de cuidado à população idosa frágil é enfatizada nos artigos que compuseram esta revisão, perspectiva cada vez mais importante no cenário da sociedade atual. Sugere-se revisão de temas afins como de análise de intervenção junto às pessoas idosas frágeis na comunidade.

O conhecimento atual acerca do cuidado à pessoa idosa frágil na visão do receptor de cuidados na comunidade dá suporte a decisões e melhorias em prol da qualidade de vida dessa população. Desse modo, os profissionais de saúde e as políticas públicas podem realizar ações consonantes com as necessidades desse público. Ademais, os significados e sentidos das experiências de fragilidade e cuidado influenciam no modo como percebem e agem diante desse processo, no alcance da integralidade do cuidado e da qualidade de vida dessa população.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial De Saúde. Resumo Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde. Genebra: Suíça; 2015.
2. D'Avanzo B, Shaw R, Riva S, Apostolo J, Bobrowich-Campos E, Kurpas D, et al. Stakeholders' views and experiences of care and interventions for addressing frailty and pre-frailty: a meta-synthesis of qualitative evidence. *PloS One*. 2017;12(7): e0180127 [22 p.].
3. Lim WS, Wong SF, Leong I, Choo P, Pang WS. Forging a frailty-ready healthcare system to meet population ageing. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1-16.
4. Ebrahimi Z, Dahlin-Ivanoof S, Eklund K, Jakobsson A, Wilherlmson K. Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. *J Adv Nurs*. 2015;71(4):825-36.

5. Andrade AN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, Costa KNFM. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(4):748-56.
6. Hoogendijk EO, Muntinga ME, Leeuwen KM, Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, et al. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58:37-42.
7. Berglund H, Hasson H, Kjellgren K, Wilhelmson K. Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled study. *J Clin Nurs*. 2015;24(7-8):1079-90.
8. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009.
9. Pinheiro RM, Mattos R, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2007.
10. Dury S, Dierckx E, Vorst A, Elst M, Fret B, Duppen D, et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-13.
11. Warmoth K, Lang I, Phoenix C, Abraham C, Andrew M, Hubbard RE, et al. 'Thinking you're old and frail': a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing Soc*. 2016;36:1483-1500.
12. Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, et al. Perspectives of frailty and frailty screening: protocol for a collaborative knowledge translation approach and qualitative study of stakeholder understandings and experiences. *BMC Geriatr*. 2017;17(87):1-8.
13. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(Suppl 1):1497-1508.
14. Claassens L, Widdershoven GA, van Rhijn SC, van Nes F, van Groenou MIB, Deeg DJ, et al. Perceived control in health care: a conceptual model based on experiences of frail older adults. *J Aging Stud*. 2014;31:159-70.
15. Shaw RL, Gwyther H, Holland C, Bujnowska M, Kurpas D, Cano A, et al. Understanding frailty: meanings and beliefs about screening and prevention across key stakeholder groups in Europe. *Ageing Soc*. 2017:1-30.
16. Lain R, Ignaszewski C, Klingmann I, Cesario A, Boer WI. SPRINTT and the involvement of stakeholders: strategy and structure. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(1):65-7.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Secretaria de Atenção à Saúde. Distrito Federal: MS; 2014.
18. Walker R, Johns J, Halliday D. How older people cope with frailty within the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Health Soc Care Community*. 2015;23(2):216-24.
19. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
20. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
21. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4):195-206.
22. Etkind SN, Lovell N, Nicholson CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. Finding a 'new normal' following acute illness: a qualitative study of influences on frail older people's care preferences. *Palliat Med*. 2019;33(3):301-11.
23. Avgerinou C, Gardner B, Kharicha K, Frost R, Liljas A, Elasarapu R, et al. Health promotion for mild frailty based on behaviour change: perceptions of older people and service providers. *Health Soc Care Community*. 2019;27:1333-43.
24. Frost R, Kharicha K, Jovicic A, Liljas A, Iliffe S, Manthorpe J, et al. Identifying acceptable components for home-based health promotion services for older people with mild frailty: A qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2018;26:393-403.
25. Schoenborn NL, Rasmussen SEVP, Xue Q, Walston JD, McAdams-Demarco MA, Segev DL, et al. Older adults' perceptions and informational needs regarding frailty. *BMC Geriatr*. 2018;18:1-7.
26. Sjöberg M, Edberg A, Rasmussen BH, Beck I. Being acknowledged by others and bracketing negative thoughts and feelings: Frail older people's narrations of how existential loneliness is eased. *Int J Older People Nurs*. 2019;14: e12213 [9 p.].
27. Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP. Quality of primary care delivery and productive interactions among community living frail older persons and their general practitioners and practice nurses. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1-12.
28. Verver D, Merten H, Robben P, Wagner C. Perspectives on the risks for older adults living independently. *Br J Community Nurs*. 2017;22(7): 338-45.
29. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sorensen E. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10:1-11.

30. Duppen D, Machiels A, Verté D, Dury S, Donder L, Consortium D. Meaning in Life for Socially Frail Older Adults. *J Community Health Nurs*. 2019;36(2):65-77.
31. Frost R, Nair P, Aw S, Gould RL, Kharicha K, Buszewicz M, et al. Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging Ment Health*. 2019:1-9.
32. Bujnowska-Fedak MM, Gwyther H, Szwamel K, D'Avanzo B, Holland C, Shaw RL, et al. A qualitative study examining everyday frailty management strategies adopted by Polish stakeholders. *Eur J Gen Pract*. 2019;25(4):197-204.
33. Larsson H, Edberg A, Bolmsjö I, Rämgarð M. Contrasts in older persons' experiences and significant others' perceptions of existential loneliness. *Nurs Ethics*. 2019;26(6):1623-37.
34. Abreu W, Tolson D, Jackson GA, Staines H, Costa N. The relationship between frailty, functional dependence, and healthcare needs among community-dwelling people with moderate to severe dementia. *Health Soc Care Community* 2019;27:642-53.
35. Dew R, Wilkes S. Attitudes, perceptions, and behaviours associated with hospital admission avoidance: a qualitative study of high-risk patients in primary care. *Br J Gen Pract*. 2018:460-8.
36. Kurpas D, Gwyther H, Szwamel K, Shaw RL, D'Avanzo B, Holland CA, et al. Patient-centred access to health care: a framework analysis of the care interface for frail older adults. *BMC Geriatr*. 2018;18:1-17.
37. Gibb H. Determinants of resilience for people ageing in remote places: a case study in northern Australia. *Int J Ageing Later Life*. 2018;11(2):9-34.
38. Skilbeck JK, Arthur A, Seymour J. Making sense of frailty: an ethnographic study of the experience of older people living with complex health problems. *Int J Older People Nurs*. 2018;13(1):e12172 [11 p.].
39. Taube E, Kristensson J, Sandberg M, Midlov P, Jakobsson U. Loneliness and health care consumption among older people. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(3):435-43.
40. Bielderman A, Schout G, Greef M, Schans C. Understanding how older adults living in deprived neighbourhoods address ageing issues. *Br J Community Nurs*. 2015;20(8):394-9.
41. Sandberg M, Jakobsson U, Midlöv P, Kristensson J. Case management for frail older people: qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. *BMC Health Services*. 2014;14:2-12.
42. Hillcoat-Nallétamby S. The meaning of "independence" for older people in different residential settings. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(3):419-30.



Análise espacial de acidentes de trânsito com idosos em um município da região Nordeste do Brasil

Spatial analysis of traffic accidents involving older adults in a city in the northeast of Brazil

Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado^{1,2} 

Cristine Vieira do Bonfim³ 

Carmela Lilian Espósito de Alencar Fernandes¹ 

Jacicleide Alves Oliveira² 

Aline Galdino Soares da Silva⁴ 

Resumo

Objetivo: descrever as características epidemiológicas das ocorrências envolvendo idosos vítimas de acidentes de trânsito, atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e analisar a distribuição espacial desses eventos no município de Olinda, Pernambuco, Brasil, de 2015 a 2018. **Método:** estudo transversal composto, que teve a ficha de atendimento do SAMU como fonte de dados. Empregou-se estatística descritiva por meio de distribuição de frequências. Para o mapeamento e a detecção de aglomerados espaciais, utilizou-se o estimador de intensidade Kernel. **Resultados:** foram registrados 137 atendimentos realizados pelo SAMU aos idosos vítimas de acidentes de trânsito. A faixa etária mais atingida foram os idosos de 60 a 69 anos (81; 59,1%), com o predomínio do sexo masculino (90; 65,7%). A quarta-feira foi o dia com mais ocorrências (29; 21,25%) no horário da manhã (46; 33,6%). Quanto à natureza do acidente, houve o predomínio dos atropelamentos (80; 58,4) sobre as colisões (57; 41,6%). O estimador de intensidade de Kernel identificou um foco bem expressivo no bairro de Peixinhos e outros focos distribuídos pela área litorânea. **Conclusão:** o estudo identificou as características dos idosos vítimas de acidentes de trânsito e áreas de maior risco para a sua ocorrência no município estudado. Essas informações podem ser úteis no planejamento de medidas de engenharia ambiental a serem executadas nas regiões identificadas a fim de reduzir a frequência de acidentes e lesões.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito. Saúde do Idoso. Assistência Pré-Hospitalar. Serviços Médicos de Emergência. Análise Espacial.

¹ Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação Mestrado em Perícias Forenses, Recife, PE, Brasil.

² Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

³ Fundação Joaquim Nabuco, Diretoria de Pesquisas Sociais. Recife, PE, Brasil.

⁴ Secretária de Saúde de Olinda, Coordenação de Geoprocessamento, Olinda, PE, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado
betise.furtado@upe.br/betise@globo.com

Recebido: 16/04/2020

Aprovado: 17/08/2020

Abstract

Objective: to describe the epidemiological characteristics of traffic accidents involving older victims, responded to by the Mobile Emergency Service (or SAMU), and to analyze the spatial distribution of these events in the city of Olinda, Pernambuco, Brazil, from 2015 to 2018. *Method:* a composite cross-sectional study was performed, using SAMU service records as a data source. Descriptive statistics were applied, based on frequency distribution. For the mapping and detection of spatial clusters, the Kernel intensity estimator was used. *Results:* SAMU responded to 137 traffic accidents with older victims. The most affected age group were older adults aged 60 to 69 years (81; 59.1%), and there was a predominance of male victims (90; 65.7%). The day of the week when most accidents occurred was Wednesday (29; 21.25%), and the highest number of accidents occurred in the morning (46; 33.6%). As for the nature of the accident, accidents involving pedestrians (80; 58.4) predominated over collisions (57; 41.6%). The Kernel intensity estimator identified a significant focus in the Peixinhos neighborhood, with other foci distributed throughout the coastal area. *Conclusion:* the study identified the characteristics of older victims of traffic accidents and areas of greatest risk for their occurrence in the city studied. This information can be useful when planning environmental engineering measures to be carried out in the regions identified, in order to reduce the frequency of accidents and injuries.

Keywords: Accidents, Traffic. Health of the Elderly. Prehospital Care. Emergency Medical Services. Spatial Analysis.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das sociedades humanas tem sido acompanhado pelo aumento da expectativa de vida e do número de idosos. Entre 2000 e 2050, a proporção da população mundial acima de 60 anos dobrará de cerca de 11% para 22%. O número de pessoas nessa faixa etária deve aumentar de 605 milhões para dois bilhões no mesmo período¹. No Brasil, as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos), enquanto, em 2018, essa proporção foi de 9,2% (19,2 milhões)².

Com o envelhecimento da população, houve um aumento correspondente no número total de usuários mais velhos nas vias de trânsito, como ocupantes de veículos ou como pedestres³. Há uma série de desafios associados ao envelhecimento natural, incluindo declínios sensoriais, perceptivos, cognitivos e motores que podem afetar o tempo de reação e a capacidade de dirigir^{4,5}. Reconhecidamente, os idosos constituem um grupo vulnerável de usuários das estradas, com alta mortalidade e morbidade em acidentes de trânsito^{3,6}.

Os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) consistem em um método comumente usado para analisar acidentes de trânsito⁷. Por meio de um SIG, os dados sobre acidentes podem ser apresentados visualmente e os locais de ocorrência podem ser analisados⁸. Ao identificar os locais com maior frequência e/ou seções de rodovias com altas taxas de acidentes, as autoridades de trânsito podem adotar medidas preventivas e aplicar regulamentos de trânsito para reduzir a frequência de acidentes, mortes, ferimentos e perdas financeiras⁷. O método de estimativa de intensidade de Kernel permite a verificação simples da densidade de dados de pontos ou *clusters* dos locais de acidentes envolvendo pessoas idosas^{9,10}.

Ao considerar que os acidentes de trânsito representam um dos mais importantes problemas de saúde pública na atualidade, a análise da distribuição geográfica desses acidentes envolvendo a população idosa pode ajudar os formuladores de políticas públicas a elaborar medidas que visem à sua redução. Este estudo teve por objetivo descrever as características epidemiológicas das ocorrências envolvendo idosos vítimas de acidentes de trânsito, atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e analisar a distribuição espacial desses eventos no município de Olinda, Pernambuco, de 2015 a 2018.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de Olinda, Pernambuco, Brasil (Figura 1). O município possui uma extensão territorial

de 41,681 Km², com uma população estimada de 389.494 habitantes, distribuídos por 31 bairros. Sua taxa de densidade demográfica é de 9.360,236 hab/Km², a maior do Estado de Pernambuco e a quinta maior do Brasil².

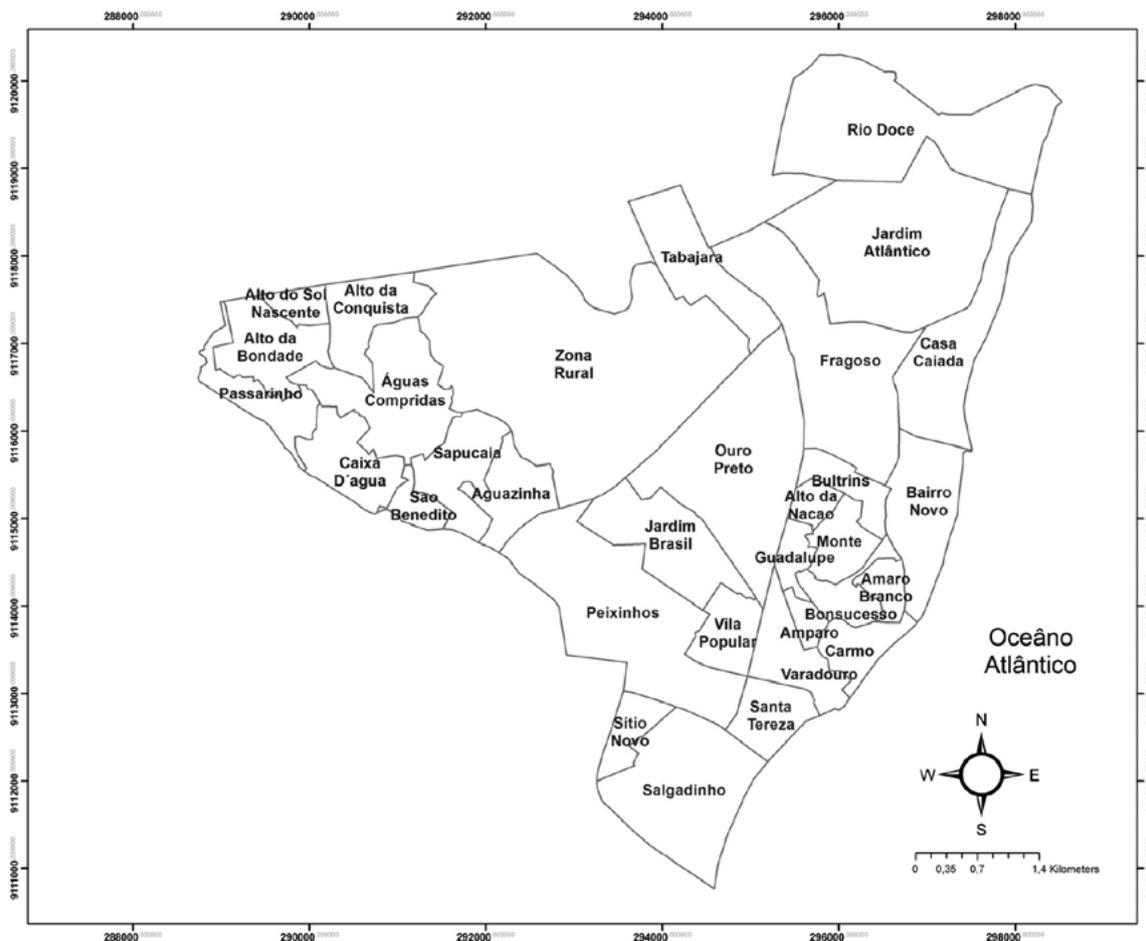


Figura 1. Localização e divisão em bairros do município de Olinda, Pernambuco, Brasil.

Foram incluídos no estudo os atendimentos realizados pelo SAMU, resultantes de acidentes de trânsito (colisão e atropelamento), cujas vítimas tinham 60 anos ou mais de idade, ocorridos entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2018. A fonte de dados foi constituída pelas fichas de atendimentos do SAMU, que é preenchida pelas equipes no momento do atendimento. Esses dados foram pesquisados no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018. As variáveis analisadas foram: demográficas (sexo e faixa etária) e as relacionadas ao acidente (tipo de acidente, dia da semana, horário de ocorrência e local de ocorrência). As variáveis tempo de atendimento e tipo de veículo envolvido no acidente foram excluídas devido à elevada proporção de não preenchimento: 25,5% e 35,8%. Utilizou-se estatística descritiva para a análise dos dados, com o programa R, versão 3.6.1.

Para a análise espacial, os atendimentos foram categorizados segundo o bairro de ocorrência e geocodificados. O programa QGIS, versão 2.18, foi empregado para o mapeamento e a detecção de aglomerados espaciais com o estimador de intensidade Kernel. Esse é um método não paramétrico usado para identificar padrões espaciais, que calcula a densidade de eventos em torno de cada ponto, ponderados pela distância a partir do ponto de cada evento¹¹. Desta forma, picos representam a presença de *clusters* ou “pontos quentes” na distribuição dos eventos, enquanto valores baixos representam eventos que ocorrem com menos frequência na área^{10,12}. Neste estudo, foi adotado um raio de 500 metros.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco, Hospital Universitário Oswaldo

Cruz (HUOC), e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) com CAAE nº 83723618.3.0000.5192.

RESULTADOS

No período estudado foram registrados 137 atendimentos realizados pelo SAMU aos idosos vítimas de acidentes de trânsito. A maior parte das vítimas era do sexo masculino (90; 65,7%). A média de idade foi de 70,4 anos ($\pm 0,7$), variando de 60 a 98 anos. A faixa etária de 60 a 69 anos concentrou a maior frequência (81; 59,1%)

Em relação às características dos atendimentos, a maior frequência ocorreu no horário da manhã, das 6h a 11h59 (46; 33,6%), seguido do horário da tarde, das 12h às 17h59 (44; 32,1%), durante as quartas-feiras (29; 21,25) e sextas-feiras (28; 20,4%). Os meses de outubro (20; 14,6%) e janeiro (18; 13,1%) destacaram-se com os maiores atendimentos. Quanto à natureza do acidente, houve o predomínio dos atropelamentos (80; 58,4) sobre as colisões (57; 41,6%) (Tabela 1).

A análise espacial, feita com o estimador de densidade de Kernel, mostrou que áreas de acidentes de trânsito envolvendo idosos atendidos pelo SAMU em Olinda se concentraram nos bairros de Peixinhos (principal foco), ao longo da avenida Presidente Kennedy. No litoral, estão as áreas de média intensidade situadas nos bairros de Casa Caiada e Bairro Novo, cortados pelas avenidas Governador Carlos de Lima Cavalcanti e Getúlio Vargas, respectivamente, além de outros focos menos expressivos nos bairros do Carmo, Varadouro, Fragoso, Bultrins e Salgadinho (Figura 2).

Tabela 1. Características epidemiológicas de idosos vítimas de acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU 192, entre os anos de 2015 e 2018 na cidade de Olinda, PE, Brasil, 2018.

Variáveis	n(%)
Sexo	
Feminino	47(34,3)
Masculino	90(65,7)
Faixa etária (em anos)	
60 a 69	81(59,1)
70 a 79	35(25,5)
80 e mais	21(15,3)
Horário de ocorrência	
00:00 a 05:59	7(5,1)
06:00 a 11:59	46(33,6)
12:00 a 17:59	44(32,1)
18:00 a 23:59	40(29,2)
Dia da semana	
Domingo	16(11,7)
Segunda-feira	16(11,7)
Terça-feira	9(6,6)
Quarta-feira	29(21,2)
Quinta-feira	20(14,6)
Sexta-feira	28(20,4)
Sábado	19(13,9)
Mês	
Janeiro	18(13,1)
Fevereiro	10(7,3)
Março	15(10,9)
Abril	7(5,1)
Maió	5(3,6)
Junho	10(7,3)
Julho	8(5,8)
Agosto	10(7,3)
Setembro	12(8,8)
Outubro	20(14,6)
Novembro	10(7,3)
Dezembro	12(8,8)
Natureza do acidente	
Atropelamento	80(58,4)
Colisão	57(41,6)

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados do SAMU. Olinda, PE.

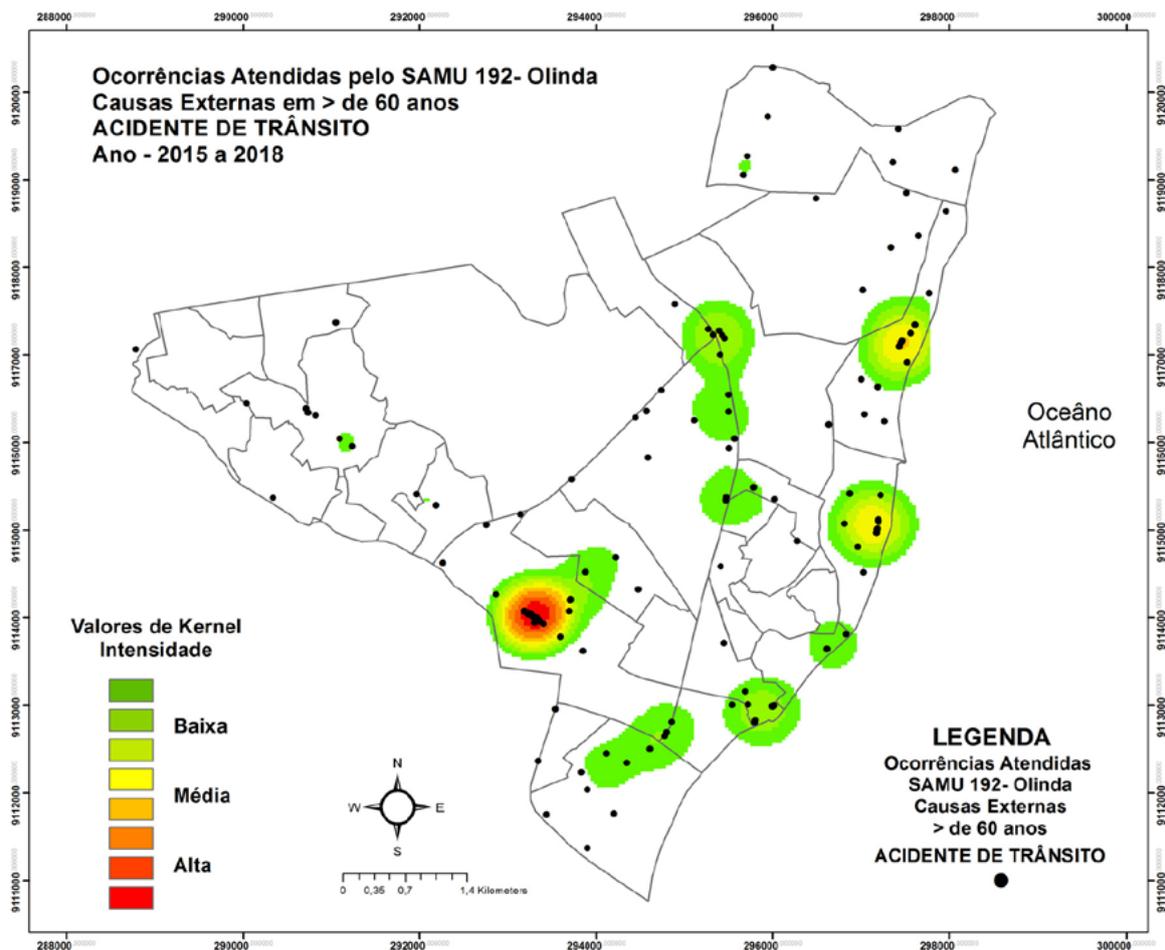


Figura 2. Distribuição espacial e intensidade para aos acidentes de trânsito em idosos atendidos pelo SAMU nos anos de 2015 a 2018, Olinda, PE, Brasil.

DISCUSSÃO

Os idosos respondem por um número substancial de hospitalizações e mortes devido aos acidentes no trânsito⁶. Este estudo investigou o perfil demográfico e de ocorrência dos atendimentos pré-hospitalares de emergência em acidentes com idosos. As características individuais, tais como sexo, condições de saúde e *status* socioeconômico, podem fornecer uma melhor compreensão da vulnerabilidade dos indivíduos à velhice, em associação com as condições de infraestrutura urbana e tráfego¹³.

As características demográficas demonstraram que a maior frequência de atendimentos foi de idosos

do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. Recente estudo de revisão sobre acidentes de trânsito envolvendo idosos identificou, como perfil demográfico, o sexo masculino e a faixa etária de 60 a 69 anos¹⁴. O fato de idosos mais jovens serem os mais afetados mostra que, provavelmente, esses idosos têm uma vida mais ativa, com independência e autonomia, e, provavelmente, as atividades fora de casa fazem parte da sua rotina¹⁵. Pesquisa¹⁶ que teve por objetivo estimar a carga de acidentes de trânsito e mortalidade entre idosos constatou que a maior ocorrência estava na faixa etária de 60 a 74 anos, na população masculina e com traumatismo leve. Para a mortalidade, os idosos com mais de 75 anos e pedestres tiveram chances mais elevadas de óbito.

Em acidentes com a mesma gravidade, a morbidade e a mortalidade dos idosos são maiores, quando comparadas às dos adultos jovens^{17,18}. Em estudo realizado no Chile, foi evidenciada uma maior vulnerabilidade dos idosos, com taxa 0,5 vezes maior de sofrer um acidente de trânsito; 0,6 vezes, de ter lesão decorrente deste e 1,3 vezes, a taxa de mortalidade em consequência do acidente quando comparada com a dos adultos jovens¹⁹. No Brasil, em 2017, o Sistema de Informações sobre Mortalidade registrou 6.030 óbitos por acidentes de trânsito entre pessoas com mais de 60 anos de idade²⁰.

As principais características das ocorrências foram no horário diurno, durante a semana e nos meses de janeiro e outubro. Pesquisa que analisou o risco de colisão segundo idade, sexo e horário do dia mostrou que o risco de lesão fatal foi constante ao longo do dia para os motoristas com mais de 70 anos, reforçando a maior fragilidade dessa população a esse tipo de acidente²¹. Na condição de motorista, os idosos sofrem diminuição das habilidades de dirigir e de outras funções do organismo, aumentando a probabilidade de morrer em decorrência de um acidente de trânsito²². Na Suécia, a análise espaço-temporal dos acidentes com idosos evidenciou que eles ocorrem durante os dias da semana, no horário diurno e nos meses mais frios do ano¹³. Em revisão sobre os acidentes envolvendo idosos¹⁴, foi observado que os idosos utilizam comportamentos de autorregulação, ou seja, comportamentos caracterizados pela decisão autorreferida, de se proteger, com a adoção de estratégias no trânsito, como a diminuição da exposição ao tráfego, dirigir com velocidade reduzida e evitar dirigir no período noturno.

Os atropelamentos foram o principal tipo de acidente encontrado. A literatura evidencia a importância dos atropelamentos em decorrência dos acidentes de trânsito com idosos^{9,14,15}. Esse fato pode ser explicado pela diminuição dos reflexos, pela perda da audição e visão, perda da força e agilidade, presença de doenças crônicas e pelo uso da polifarmácia para tratamento das comorbidades, o que pode prejudicar os idosos durante a travessia das vias públicas. Os atropelamentos contribuem como a principal causa de morbimortalidade dentre os acidentes de trânsito nesse grupo populacional^{14,16,23}.

Quando se analisam os acidentes pelo tipo de ocorrência, observa-se que os idosos-pedestres, podem apresentar um risco até sete vezes maior de morrer por acidentes de trânsito, quando comparados com as outras faixas de idade^{6,24}, o que pode ser justificado tanto pelas condições funcionais do idoso, como pelas condições do tráfego das cidades e, sobretudo, por atitudes de deseducação e imprudência de motoristas e motociclistas^{14,22}.

A melhoria da prestação de serviços para pedestres, o fortalecimento dos sistemas urbanos de trânsito e a melhoria da assistência hospitalar são campos de intervenções, principalmente, para o setor da saúde, com a finalidade de reduzir o ônus das mortes no trânsito nessa população¹⁴⁻¹⁶. Observaram a necessidade de serem estabelecidas diretrizes abrangentes de gerenciamento de trauma, adaptadas aos idosos e principalmente para adultos mais velhos, considerando a mortalidade¹⁶.

A análise espacial mostrou, como áreas de maior concentração de acidentes, áreas da cidade onde ocorre a maioria das atividades e tem concentração da população durante o dia. Esse parece ser um padrão dos acidentes de trânsito com idosos^{13,15}.

O mapa de intensidade de Kernel mostrou como área quente, ou seja, com maior número de acidentes, o bairro de Peixinhos, o qual apresenta densa área comercial, predominantemente localizada na avenida Presidente Kennedy, principal via de acesso ao bairro, além de ser um dos principais corredores de ônibus da cidade e de outros veículos e apresentar uma precária manutenção na via. Os outros pontos considerados quentes, de acordo com o estimador de densidade de Kernel, foram as avenidas Governador Carlos Lima e Getúlio Vargas, ambas com a presença de comércio, bancos, lojas e grande fluxo de pessoas, o que contribui para a ocorrência de acidentes, incluindo a população de idosos. São necessárias a realização de uma inspeção nessas áreas e a realização de intervenções preventivas, sinalização para pedestres e instalação de semáforos sonoros com mais tempo, para permitir a travessia segura dos idosos, além da promoção de campanhas de educação no trânsito, colocação de redutores de velocidade no trânsito, melhoria da iluminação e do *layout* das passagens para pedestres.

A implementação de medidas preventivas e corretivas, a partir de estudos que utilizam o Sistema de Informação Geográfica, propicia a análise espacial na vigilância dos acidentes de transportes terrestres e o planejamento de medidas de prevenção e proteção das populações atingidas de maneira pontual^{19,25}. Em estudo de análise espacial de óbitos por acidentes de trânsito nas microrregiões do Estado de São Paulo, podem-se conhecer os locais com maiores taxas de mortalidade, permitindo ações de fiscalização para a prevenção de acidentes²⁶.

Portanto, observa-se a potencialidade dos estudos que utilizam o georreferenciamento de dados, nos centros urbanos, a fim de se conhecer os pontos críticos para intervenções de promoção da saúde e prevenção de acidentes.

O estudo apresenta algumas limitações: a) a fonte de dados utilizada não abrange a totalidade das ocorrências e aqui não estão incluídos os atendimentos realizados pelo resgate do Corpo de Bombeiros, nem as vítimas socorridas por terceiros e encaminhadas aos serviços de saúde, além daquelas que recusaram atendimento; b) o desfecho após o atendimento pré-hospitalar não pode ser descrito devido à ausência de comunicação entre o SAMU e o atendimento hospitalar, de forma que essa informação não consta na base de dados; c) em relação aos dados secundários, são inerentes a incompletude e as falhas no preenchimento. Algumas variáveis não puderam

ser analisadas devido à elevada proporção de não preenchimento; d) o número limitado de observações impossibilitou a realização de análises estatísticas mais robustas. Em que pese essas limitações, os resultados do estudo permitiram estimar que boa parte dos acidentes envolvendo idosos ocorreu em determinadas áreas da cidade, o que pode auxiliar na realização de ações preventivas integradas entre o setor de saúde e o planejamento urbano.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que a faixa etária com maior frequência dos acidentes foram os idosos jovens, com predominância do sexo masculino, tendo a quarta-feira como o dia com mais ocorrências no turno da manhã. Os atropelamentos foram o principal tipo de acidente e o estimador de densidade de Kernel identificou um foco bem expressivo no bairro de Peixinhos e outros focos distribuídos pela área litorânea. Essas são informações relevantes para as ações de vigilância em saúde e para o planejamento da rede de atendimento de emergência. Acrescenta-se que tais informações também são úteis para os planejadores urbanos, que podem considerar medidas de engenharia ambiental a serem executadas nas regiões identificadas para reduzir a frequência de acidentes e lesões.

Edição: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
3. Etehad H, Yousefzadeh-Chabok Sh, Davoudi-Kiakalaye A, Dehnadi AM, Hemati H, Mohtasham-Amiri Z. Impact of road traffic accidents on the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;61(3):489-93. DOI: 10.1016/j.archger.2015.08.008
4. Boot WR, Stothart C, Charness N. Improving the safety of aging road users: a mini-review. *Gerontology*. 2014;60(1):90-6. DOI: 10.1159/000354212
5. Fairfax LM, Hsee L, Civil I. An ageing trauma population: the Auckland experience. *N Z Med J*. 2015;128(1414):36-43.

6. Sadeghi-Bazargani H, Samadirad B, Moslemi F. A decade of road traffic fatalities among the elderly in north-west Iran. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-17. DOI: 10.1186/s12889-017-4976-2
7. Su JM, Wang YM, Chang CH, Wu PJ. Application of a geographic information system to analyze traffic accidents using nantou county, Taiwan, as an example. *J Indian Soc Remote Sens*. 2018;47(1):101-11. DOI: 10.1007/s12524-018-0874-z
8. Shafabakhsh GA, Famili A, Bahadori MS. GIS-based spatial analysis of urban traffic accidents: case study in Mashhad, Iran. *J Traffic Transp Eng*. 2017;4(3):290-9. DOI: 10.1016/j.jtte.2017.05.005
9. Santos AMR, Rodrigues RAP, Santos CB, Caminiti GB. Geographic distribution of deaths among elderly due to traffic accidents. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016;20(1):130-7. DOI: 10.5935/1414-8145.20160018
10. Kang Y, Cho N, Son S. Spatiotemporal characteristics of elderly population's traffic accidents in Seoul using space-time cube and space-time kernel density estimation. *Plos ONE*. 2018;13(5):e0196845 [17 p.]. DOI: 10.1371/journal.pone.0196845
11. Bailey TC, Gatrell AC. *Interactive spatial data analysis*. London: Harlow Essex; 1995.
12. Hashimoto S, Yoshiki S, Saeki R, Mimura Y, Ando R, Nanba S. Development and application of traffic accident density estimation models using kernel density estimation. *J Traffic Transport Eng*. 2016;3(3):262-70. DOI: 10.1016/j.jtte.2016.01.005.
13. Ceccato V. Patterns of traffic accidents among elderly pedestrians in Sweden review of european studies. 2018;10(3):117-33. DOI: 10.5539/res.v10n2p117
14. Furtado BMASM, Lima ACB, Ferreira RCG. Road traffic accidents involving elderly people: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3):e190053 [14 p.]. DOI:10.1590/1981-22562019022.190053
15. Kerber VL, Santos NQ, Branco BHM, Bertolini SMMG, Bortolozzi F, Marques AP. Overrunning of elderly people on the streets: characterization and evolution, between 2007 and 2017, in a brazilian city. *Saúde Pesqui*. 2020;13(1):19-30. DOI: 10.17765/2176-9206.2020v13n1p19-30
16. Ang BH, Chen WS, Lee SWH. Global burden of road traffic accidents in older adults: a systematic review and meta-regression analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;72:32-8. DOI: 10.1016/j.archger.2017.05.004
17. Lombardi DA, Horrey WJ, Courtney TK. Age-related differences in fatal intersection crashes in the United States. *Accid Anal Prev*. 2017;99(Pt A):20-9. DOI: 10.1016/j.aap.2016.10.030
18. Weijermars W, Bos N, Stipdonk HL. Serious road injuries in the Netherlands dissected. *Traffic Inj Prev*. 2016;17(1):73-9. DOI: 10.1080/15389588.2015.1042577
19. Bravo G, Duarte G, Cerda J, Castellucci H. Road traffic accidents of the elderly in Chile between the years 2008-2017: a register-based descriptive study. *Medwave*. 2020;20(5):e7923 [14 p.]. DOI: 10.5867/medwave.2020.05.7923
20. Brasil. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviços do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 - . Informações de Saúde. Óbitos por causas externas – Brasil [acesso em 10 ago. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>
21. Dorchin-Regev S, Rolison JJ, Moutari S. Crash risk by driver age, gender, and time of day using a new exposure methodology. *J Safety Res*. 2018;66:131-40. DOI: 10.1016/j.jsr.2018.07.002
22. Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EN, Machado CJ. Elderly patients attended in emergency health services in Brazil : a study for victims of falls and traffic accidents. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):701-12. DOI: 10.1590/1413-81232015203.19582014
23. Santos AMR, Rodrigues RAP, Diniz MA. Trauma by traffic accident In elderly people: risk factors and consequences. *Texto & Contexto Enferm*. 2017;26(2):e4220015 [10 p.]. DOI:10.1590/0104-07072017004220015
24. Martin JL, Wu D. Pedestrian fatality and impact speed squared: cloglog modeling from french national data. *Traffic Inj Prev*. 2018;19(1):94-101. DOI: 10.1080/15389588.2017.1332408
25. Cabral APS, Souza WV, Lima MLC. Mobile Emergency care service: a survey of local land transportation accidents. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):03-14. DOI: 10.1590/S1415-790X2011000100001
26. Nunes MN, Nascimento LFC. Spatial analysis of deaths due to traffic accidents, before and after the Brazilian drinking and driving law, in micro-regions of the state of São Paulo, Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(6):685-90. DOI: 10.1590/S0104-42302012000600013



El adulto de mediana edad y su propia vejez: enfoque estructural de la representación social

The middle-aged adult and their own old age: a structural approach to social representation

Anita del Rosario Zevallos Cotrina¹

Sofía Sabina Lavado Huaracaya²

Márcia de Assunção Ferreira³

Resumen

Objetivo: caracterizar y analizar las representaciones sociales del adulto de mediana edad sobre su vejez. **Método:** Investigación cualitativa respaldada en la Teoría de la Representación Social. El campo de estudio fue la jurisdicción urbana marginal de los Centros de Salud Toribia Castro y San Martín, del distrito de Lambayeque, Perú. Participaron 200 personas entre 40 a 59 años, 50% de sexo masculino y 50% femenino. Se recolectó datos utilizando la Técnica de Asociación Libre de Palabras, con el término inductor “mi vejez”. Los datos fueron analizados con el software EVOC 2003. **Resultados:** los adultos de mediana edad generaron una representación de su vejez semejante, con los elementos: *enfermedad, familia, inútil, soledad*. Los elementos *protección y temor* sólo aparecen en el probable núcleo central de la representación de los varones, en cuanto en el de las mujeres, aparece tristeza. **Conclusión:** El probable núcleo central de la vejez evidencia una representación negativa, y a depender de la forma cómo la persona la enfrente en el curso de vida, dependerá los significados que le asigne. Las políticas de promoción de la salud que destacan el autocuidado y comunican una imagen positiva y autónoma de la vejez pueden contribuir para reconfigurar tales representaciones.

Palabras clave: Adulto. Salud del Anciano. Envejecimiento. Psicología Social. Política de Salud.

Abstract

Objective: characterize and analyze social representations of middle-aged adults over their old age. **Method:** Qualitative research supported by the Theory of Social Representation. The field of study was the marginal urban jurisdiction of the Toribia Castro and San Martín Health Centers, in the Lambayeque district, in Peru. Two hundred people between

Keywords: Adult. Health of the Elderly. Aging. Psychology, Social. Health Police.

¹ Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Enfermería, Área de Enfermería Comunitaria. Chiclayo, LAMB, Perú.

² Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Posgrado. Chiclayo, LAMB, Perú.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

La ejecución de este trabajo no tuvo financiamiento.

Las autoras declaran que no existe conflicto en la concepción de este trabajo

Dirección/Correspondence
Sofía Sabina Lavado Huaracaya
giescasofia@gmail.com

Recibido: 29/05/2020

Aprobado: 20/08/2020

40 and 59 years old were participants in the study, 50% males and 50% females. Data was collected using the Free Word Association Technique, with the inductor term “my old age”. The data was analyzed with the EVOC 2003 software. *Results:* middle-aged adults generated a similar representation of their old age with the use of the following elements: disease, family, uselessness, loneliness. The concepts of protection and fear only appeared in the probable central nucleus of the representation of men, while in that of women, sadness was the one that appeared the most. *Conclusion:* The probable central nucleus of old age shows negative representation overall and, depending on how the person copes with it in the course of their life, the meanings assigned to it will vary. Health promotion policies that highlight self-care and communicate a positive and autonomous image of old age can contribute to reconfigure such representations.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población peruana ha llevado a su gobierno a contar con un marco normativo y una Ley de la Persona Adulta Mayor^{1,2}, que da cuenta del interés político frente a este proceso; sin embargo, en la práctica, poco se actúa en beneficio de este grupo etario. Menos son los esfuerzos orientados al cuidado del adulto de mediana edad (AME), quedando relegados en un segundo plano, frente al mayor protagonismo de otros grupos etarios, considerados prioridad por el gobierno actual. El tiempo que dura la fase adulta – considerando sólo hasta los 60 años - correspondería en promedio cuarenta años³. Pero si hoy, estamos extrapolando los 80, 90 e incluso los 100 años, colocamos en evidencia lo significativo que sería, trabajar programas que efectivicen las políticas para mejorar la calidad de vida en personas - que en perspectiva - aún están por vivir cuarenta o sesenta años más.

Se evidencia la masiva presencia de personas adultas en los establecimientos de los diferentes niveles de atención. Y es que, los AME (40 a 59 años) conforman más del 21% de la población en general, configurando un grupo importante en la pirámide demográfica, y serán los que inician la etapa de la vejez convirtiéndose en los viejos del futuro^{4,5}. Esta situación social es preocupación en los países desarrollados donde se inició este cambio, como en los países en vías de desarrollo, donde se observan los mayores índices de crecimiento, pero donde no todos envejecen de forma positiva y llegan a la vejez en circunstancias de inequidades y desigualdades que afectan su calidad de vida y bienestar social.

El envejecimiento es un proceso multidimensional, que abarca dominios como el mantenimiento de los niveles físico y cognitivo y el compromiso y participación social, con actividades productivas, con situaciones que pueden modificarse en el transcurso de la vida para lograr un envejecimiento exitoso⁶. Para tener éxito en este empeño es necesario atender a sus factores determinantes y predictivos, entendiendo el impacto de los factores extrínsecos para implementar estrategias de promoción efectivas, sin considerar aisladamente el papel del cambio de estilo de vida en ese proceso⁷.

La vejez en la población es una realidad conocida, la situación de los AME no es tan visible, a pesar de ser importante, porque para tener un envejecimiento exitoso es necesario implementar estrategias y cuidados a lo largo de la vida⁶. En perspectiva, estas personas tendrán la oportunidad de contar entre 10 a 20 años para reorientar algunos estilos de vida que prevengan la necesidad de asistencia permanente a largo plazo, convirtiéndose esta etapa de vida en un punto decisivo para el trabajo preventivo y llegar a la etapa de la vejez en situación saludable y con capacidad de autonomía e independencia, con un mínimo de fragilidad, limitaciones u otros problemas físicos o mentales^{8,9}.

El aumento de esta longevidad en el mundo ha exigido un replanteamiento del propio concepto de vejez, que de acuerdo al contexto social, económico, cultural e ideológico la imagen del envejecimiento ha ido cambiando substancialmente en los últimos decenios, ocasionando que el sentido común de las personas, sea influenciada en la manera cómo asumen acciones concretas para su propio cuidado, su vida y proceso de vejez^{1,9}.

El envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial, heterogéneo, irreversible e inherente a todos los seres humanos¹⁰, pero a pesar de ser un fenómeno natural, es difícil de ser captado como una realidad innata³, siempre ha mostrado imprecisión en sus límites, que difiere de acuerdo a los estratos y escenarios culturales donde se desarrolle.

Esta influencia socio cultural determina un significado y sentido diferente a la vejez, asumiendo concepciones basadas en el imaginario social, que trae consigo estereotipos, mitos y preconcepciones, que pueden fomentar concepciones antagónicas. En algunos casos está relacionada con la experiencia y la sabiduría, mientras que otras son asumidas como enfermedad, vulnerabilidad, limitación y/o incapacidad. En un mundo productivo y moderno, éstas influencias promueven comportamientos que la población de forma consciente e inconsciente los asume^{11,12}.

El reconocimiento de una persona como vieja es diferente entre los géneros y grupos sociales. Esta realidad es asumida en las políticas públicas de varios países, pero en la práctica, la misma persona y sociedad evidencia actitudes discriminatorias mucho antes de llegar a la etapa de la vejez. En esta perspectiva, la imagen que se va construyendo sobre la vejez, es un producto que refleja imaginarios diferentes construidos en la sociedad. Son saberes del sentido común, que posibilitan entender como las personas elaboran, transforman e interpretan la vejez¹¹.

Los AME son conscientes que están en una etapa de transición sobre la cual el imaginario social es fuertemente negativo, e influyen la formación de representaciones sociales (RS). Esas representaciones construidas en las interacciones grupales dan sentido a los objetos/fenómenos que los integran a sus prácticas sociales generando tomas de posturas, que traducen sus inserciones en un conjunto de relaciones sociales¹³.

El objetivo es caracterizar y analizar los elementos que componen las RS del AME, respecto su propia vejez.

METODO

Estudio descriptivo cualitativo, con el abordaje estructural de la Teoría de las Representaciones Sociales¹⁴. Participaron 200 personas que cumplieron los criterios de inclusión: AME (40 a 59 años), residentes en el Departamento de Lambayeque. Este Departamento tiene tres distritos: Chiclayo (capital), Ferreñafe y Lambayeque. El escenario fue la zona urbano-marginal del distrito de Lambayeque, Perú, en dos centros de salud que brindan atención según etapas de vida y estrategias sanitarias y se encargan de la atención integral en el primer nivel de atención. Las zonas urbanas marginales cuentan con servicios básicos, luz, agua y desagüe, pero no cuenta con pistas, veredas, buena salud.

Se excluyeron aquellos con problemas cognitivos u otros que impedían la comprensión o la escritura. Tales condiciones están registradas en las historias clínicas, leídas por los investigadores para seleccionar los participantes. El muestreo, por conveniencia, fue formado por 100 mujeres y 100 varones, valores recomendados para el análisis prototípico de evocaciones en la investigación de la estructura de las RS mediante datos verbales¹⁵.

Los datos fueron recolectados en el periodo de enero a abril del año 2018, los participantes fueron invitados durante la espera para consulta médica y entrevistados en sus domicilios, previa cita y aceptación. En promedio se utilizaron 25 a 30 minutos por entrevista.

Se realizó la aplicación de un cuestionario donde se recogió los datos sobre la edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, y vive con alguna persona mayor; así como, la aplicación de la técnica de Asociación Libre de Palabras (ALP), una técnica proyectiva que permite el acceso a los elementos que constituyen el universo semántico del objeto representado, de manera espontánea¹⁶. Se solicitó a los sujetos que registren, de manera espontánea, las primeras cuatro palabras que le vienen a la mente cuando piensa en su propia vejez, coloquen en un círculo la palabra más importante, y justifiquen la marcación, de manera que auxilie la interpretación.

El análisis fue por el software *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations* (EVOG), versión 2005, que incorpora los datos estadísticos y hace la distribución de las evocaciones en cuadrantes, tomando en cuenta la frecuencia media, presentando el rango de las palabras más frecuentes y menos frecuentes; y el valor de orden media de evocación (OME), configurando el cuadro de cuatro casas¹⁴.

En el cuadrante superior izquierdo están las palabras que forman el probable núcleo central (NC), las más frecuentes y más importantes, caracterizan la parte perdurable de la representación, más consensual, menos sensible al cambio en función del contexto externo o de las prácticas cotidianas de los sujetos y poseen relación a la memoria colectiva y a la historia del grupo definiendo así la homogeneidad¹⁴. Las funciones del NC son: generar, organizar y estabilizar, a partir de ello, se crea o se transforma la significación de otros elementos, más allá de determinar los lazos que los une, siendo por tanto, el elemento estabilizador de la representación¹⁴.

En los otros cuadrantes están los elementos que forman parte de la periferia de las representaciones, más sensibles a los cambios, de acuerdo con los contextos. En el cuadrante inferior izquierdo (zona de contraste) están las palabras enunciadas por menor cuantitativo de sujetos, pero referidos como muy importantes. A la derecha, en el cuadrante superior están los elementos de la primera periferia, considerados más relevantes, con mayores frecuencias, pero de menor importancia; en el inferior están los elementos de la segunda periferia, los menos frecuentes y de menor importancia.

Los cumplimientos de los principios éticos fueron garantizados por el docente de la asignatura de investigación, asesor, y miembros del jurado de la tesis; Todos los sujetos firmaron el término de consentimiento libre y espontáneo, con garantía del anonimato.

RESULTADOS

El predominio fue del estado civil casado y/o conviviente con el 66.5%; 24% fueron solteros, y el 9,5% viudos. En cuanto a ocupación, el 47,5% son obreros/comerciante, el 26,5% cuidan de sus hogares, y el 26% corresponde a ocupación técnico o superior. El 74% refirió no convivir con una persona adulta mayor, y el 26% restante vive.

Los resultados relativos a la aplicación de la ALP generaron un total de 800 palabras, distribuidas en dos cuadros de cuatro casas, por género, femenino en el Cuadro 01, y masculino en el Cuadro 02.

Para las mujeres, el significado de vejez es fuertemente marcado por elementos negativos, identificado por las palabras localizadas en el cuadrante superior izquierdo, que caracterizan el posible NC de la representación.

La palabra enfermedad evidencia una dimensión de funcionalidad del organismo humano y denota la vulnerabilidad del proceso de envejecimiento. El elemento inútil revela el estigma aún existente en relación al fenómeno, que despierta sentimientos de tristeza e soledad, indicando que las mujeres tienen una representación negativa cristalizada de la vejez. Estos elementos pueden estar relacionados con experiencias negativas vividas en la sociedad o con la propia familia y/o adultos mayores próximos.

En la primera periferia se observan las palabras preocupación y temor; ya en la segunda periferia, en los elementos de contraste, se observan los que reafirman la imagen negativa, recordando a la vejez como abandono, muerte, nostalgia. Pero también parecen elementos que generan funcionalidades y actitudes positivas frente a la vejez como: protección, dinero, confianza y vida tranquila.

Cuadro 1. Cuadro de cuatro casas al término inductor mi vejez, del conjunto de 100 personas de mediana edad de sexo femenino. Lambayeque, 2018.

	Elementos centrales			Elementos de 1era periferia		
	Rango < 2,5			Rango > 2,5		
	Termino evocado	Frecuencia	OME	Termino evocado	Frecuencia	OME
≥20	Cuadrante superior Izquierdo Nucleo central			Cuadrante superior derecho 1era periferia		
	Enfermedad	44	2.409	Preocupación	29	3
	Familia	26	2.472	Temor	28	2.786
	Inútil	23	2.435			
	Soledad	31	2.358			
	Tristeza	30	2.867			
	Cuadrante Inferior izquierdo Elementos de contraste			Cuadrante Inferior derecho 2da periferia		
	Nostalgia	6	1.667	Abandono	16	2.625
	Pareja	11	2.273	Confianza	11	3.364
	Salud	14	2.357	Dinero	14	2.571
Tranquilidad	13	2.077	Muerte	16	2.563	
			Protección	12	3	
			Vida tranquila	12	2.75	

Fuente: Informe del software Evoc. OME: Orden Media de Evocación.

Cuadro 2. Cuadro de cuatro casas al término inductor mi vejez, del conjunto de 100 personas de mediana edad de sexo masculino. Lambayeque, 2018.

	Elementos centrales			Elementos de 1era periferia		
	Rango < 2,5			Rango > 2,5		
	Termino evocado	Frecuencia	OME	Termino evocado	Frecuencia	OME
≥20	Cuadrante superior Izquierdo Nucleo central			Cuadrante superior derecho 1era periferia		
	Enfermedad	55	2.418	Muerte	22	2.727
	Familia	45	2.444	Preocupación	22	2.4545
	Inútil	24	2.417	Tristeza	22	2.5
	Protección	21	2.476			
	Soledad	26	2.423			
	temor	24	2.458			
	Cuadrante Inferior izquierdo Elementos de contraste			Cuadrante Inferior derecho 2da periferia		
	Cuidarse	9	2	Abandono	11	2.727
	Dinero	8	2.25	Fuerza	19	2.579
Salud	15	2.133	no trabajar	14	2.786	
vida tranquila	8	2.4	Nostalgia	9	2.889	
			Pareja	12	3	
			Tranquilidad	15	2.667	

Fuente: Informe del software Evoc. OME: Orden Media de Evocación.

En el Cuadro 2 se observa una distribución uniforme de los elementos en cada uno de los cuadrantes, muy similar al grupo de mujeres. Así, en el probable NC se observan las palabras enfermedad y soledad, a diferencia del resultado del grupo de mujeres la palabra tristeza se ubica en el cuadrante superior derecho, sin embargo, por su valor próximo (2.5) al valor de OME (2.5), ésta palabra podría estar integrando el NC, lo que refuerza la parte perdurable de la representación.

Como parte del NC la evocación inútil se asocia posiblemente a las crisis de pérdida de roles, de exclusión del grupo laboral y pérdidas de capacidades físicas que influyen en el vínculo social. La diferencia de las mujeres, aparece como elemento central en el grupo de varones el término protección que si bien presenta una menor frecuencia, retrata claramente una de las funciones esperadas en el grupo de varones. Situación que en muchos casos, pone en evidencia la presión social que aún tienen los varones, por continuar con su rol social de proveedor económico de la familia.

Es importante recalcar que la representación del varón asume una connotación de mayor negatividad, pues en la primera periferia aparecen los elementos muerte y preocupación, que ratifican en el varón la hipótesis de una representación negativa de su vejez, en razón de su responsabilidad social de protector de la familia, pero al mismo tiempo se siente vulnerable por la amenaza de la enfermedad que puede llevarlo a la muerte. Estos elementos que circulan en el medio social lleva a los AME a considerar la vejez como un periodo y un proceso de pérdidas; un imaginario social arraigado, poco favorable que interpreta la vejez de forma negativa.

Los elementos de la segunda periferia revelan dimensiones normativas desarrolladas al interior de la familia, traducidas por abandono, no trabajar, nostalgia; pero a la vez, presentan elementos de contraste como fuerza, pareja, tranquilidad. En ambos casos podría relacionarse con sentimientos y actitudes propias a la dinámica familiar. En la zona de contraste los elementos salud, cuidarse y vida-tranquila aparecen como oposición a la enfermedad con actitudes proactivas y positivas a la vejez.

La estructura de la representación de vejez se presenta semejante en los hombres y las mujeres, a excepción del elemento protección, que aparece sólo en el NC de los varones. La definición de la centralidad en ambos grupos se caracteriza por inútil y soledad, pero sobretodo, en los elementos enfermedad y familia, por su condición de ser elementos generadores, que determinan una organización de los demás elementos, definiendo cuatro dimensiones: funcional, valorativa, normativa y social.

La dimensión funcional, relacionada a la funcionalidad del organismo humano y evidenciada en el proceso de salud y enfermedad, que lo consideran vulnerable, acontecimientos que los lleva a reconocer y sensibilizar frente a la experiencia de la muerte como un acontecimiento próximo a la familia o a él mismo, generando temor.

La dimensión valorativa es observada en la palabra familia, asumida como elemento central en la representación del varón y de la mujer, cuya dinámica de convivencia genera a la vez una dimensión normativa, caracterizada por elementos socio-afectivos e ideológicos, pudiendo ser positivos y/o negativos. Las prácticas positivas se resaltan en los elementos pareja, tranquilidad, confianza, protección, vida tranquila y fuerza. Mientras que las prácticas negativas se establecen a través de los elementos soledad, tristeza, nostalgia, abandono, preocupación.

Finalmente, el análisis será incrementado con la dimensión social, entendida como la satisfacción de necesidades materiales y simbólicas al centro de la familia y la sociedad. Conforman esta dimensión los elementos: inútil que determina lazos de valor por la situación de no trabajar y la consecuente obtención y/o limitante de dinero, que determina el grado de protección y cuidado hacia su familia y a sí mismo.

DISCUSION

En Perú las mujeres representan 50,9% del conjunto de la población, aunque su peso relativo varía dependiendo del grupo de edad; hasta los 44 años, el porcentaje de mujeres es levemente inferior a la población masculina en todos los grupos de edades;

y a partir de los 45 años la tendencia es ascendente, manteniéndose hasta la vejez¹⁷.

En las ciencias biológicas el desarrollo se relaciona con el crecimiento, y el envejecimiento se vincula con el deterioro; las ciencias sociales y del comportamiento rechazan el envejecimiento como indicador de pérdidas y/o deterioro, asumiéndolo como un proceso activo durante todo el curso de vida¹, posibilitando a la vejez como una etapa más del desarrollo, con una renovación de nuevas formas de experimentación social, cultural y subjetiva¹⁸. Y donde los acontecimientos tempranos tienen incidencia en la experiencia y trayectoria posterior.

Esta mirada puede otorgar beneficios máximos en un grupo de edad, que pasa a ser un periodo de desafío, si genera conductas y disposición para intervenir en el marco de determinadas condiciones, en una edad más temprana, logrando mejores resultados y efectos acumulativos para la vejez¹⁹.

La representación de la vejez con elementos negativos como dolores, enfermedades y declino es resultado²⁰, sino también refuerza preconceptos y estereotipos que, apoyados en la realidad epidemiológica de los adultos mayores, inducen a creer que muchos de ellos llegarán enfermos a la vejez. Una encuesta con diferentes grupos de edad mostró que los hombres representan el envejecimiento de forma negativa, como enfermedades y discapacidades, asociadas con la jubilación, lo que sería una fase de pérdida de salud, contactos sociales y capacidad física²⁰. Pero la vejez también ha sido considerada como la “mejor edad”, gratificante y con el potencial de llevar a cabo planes de felicidad, con ganancias que deconstruyen su asociación con enfermedades, muerte e inactividad²¹.

El envejecimiento es un fenómeno influenciado por el curso de la vida, atravesado por múltiples factores⁷. Los resultados de investigaciones resaltan posiciones ambivalentes frente a la vejez, con pérdidas y ganancias²⁰⁻²². En ese contexto, la enfermedad no solo es una dolencia biológica personal, sino también, una construcción social y cultural, que induce a cada sujeto a vivirla según sus características individuales y a su construcción sociocultural. La percepción de pérdida y cercanía a la enfermedad, no solo es

representada por el adulto mayor, sino también por los jóvenes²³⁻²⁵, que tienen una idea negativa sobre el proceso de envejecimiento²³, la relacionan con la pérdida de juventud, vigor y fuerza.

Las pocas investigaciones que se desarrollan con los AME enfatizan las pérdidas en este proceso²⁶, preocupándose casi exclusivamente como una etapa caracterizada por la decadencia física, dependencia, pérdida y ausencia de papeles sociales. Si no se trabaja para cambiar estas representaciones, los jóvenes y adultos tendrán pocas probabilidades de un futuro envejecimiento activo. Sobre todo el AME, que existencialmente se acerca a ella, colocándolo en una realidad expectante, consigo mismo, con la familia y la sociedad²⁵. En ese sentido, políticas de salud volcadas a los AME, promotoras de su salud, pueden ayudar a cambiar tales representaciones.

Esa relación expectante comienza a sentir/reflexionar y reaccionar frente al proceso que viven las personas mayores con los padres, familiares y/o vecinos, que generalmente viven con alguna enfermedad, sobre todo crónica. Esta cercanía genera imágenes estereotipadas, de ancianos enfermos que a la vez, son objetivados como carga emotiva y económica para la familia; especialmente el AME que enfrenta esta nueva situación de ver el declino y muerte de los padres, generándole sentimientos y actitudes que fijan la representación de su propia vejez, y le confronta con la muerte, concurriendo a tomar consciencia de la finitud.

La familia es otro elemento que rige la centralidad de la representación de vejez en la mediana edad. Lo peculiar es que el AME se ubica entre dos generaciones (generación sándwich), haciendo el puente entre el más viejo y el más nuevo²⁷. Progresivamente va liberándose de la responsabilidad de sus hijos, pero se enfrenta con la demanda de sus padres que han envejecido y necesitan de dedicación, cuidado y apoyo económico.

Ubicarse entre dos generaciones, y asumir esta doble responsabilidad, hace olvidarse - al interior de la familia -, del adulto de la familia; casi nadie piensa en él, dado que la mediana edad es asumida como una etapa sin problemas, representada como estabilidad, concretización y referencia.

El AME siente la necesidad de cumplir con las normativas sociales, que determinan que es tiempo para tener una pareja, una vida tranquila, dar protección a los suyos; y en general las personas procuran atender a ese tiempo social, sintiéndose mal cuando están atrasados en esa exigencia.

Este llamado tiempo o reloj social es cuestionado²⁸, por ser la receta cultural que lleva a imponer y obedecer un modelo lineal de desarrollo, del cual no se puede huir, pero ratifica a la vejez como una construcción sociocultural, sustentada por los preconceptos sociales. La representación remite a la cultura, lenguaje, lógica, actitudes y prácticas de los grupos frente a un objeto social, y rigen nuestras relaciones con el mundo y con otros, orientando y organizando las conductas y las comunicaciones sociales²⁹.

Se podría pensar que estas creencias que exaltan el imaginario de productividad, madurez, sabiduría y tranquilidad, son las que organizan prácticas, justifican posiciones y sustentan el entendimiento de la realidad³⁰. La familia pasa a ser el centro del desarrollo humano y no está exenta de estas influencias, al contrario, es en éste espacio donde acontecen las mayores dinámicas y transición compleja de la vejez, sacando a la luz todo aquello que heredamos al nacer, llevamos con nosotros, y lo que vamos creando en cuanto vivimos en sociedad, asumiendo actitudes a partir de lo que el mundo nos dice y tal como la realidad se presenta^{3,28}.

Por estos acontecimientos típicos de la mediana edad, esta etapa presenta una notoria disposición a las llamadas crisis de inflexión de la vida, que determinan situaciones complejas y conflictivas entre los integrantes de la familia que experimentan el impacto que genera la vejez de un familiar. No estamos aislados en un vacío social, compartimos este mundo con los otros, que nos sirven de apoyo, a veces de forma convergente, otras por el conflicto, para comprenderlo, administrarlo o enfrentarlo. Es ahí, porqué las representaciones son sociales y tan importantes en la vida cotidiana²³.

En esta guía diaria que nos permite las RS, los AME interpretan, toman decisiones y eventualmente se posicionan frente a elementos que relacionan a la vejez con aspectos negativos, corresponde a la soledad,

preocupación, tristeza o nostalgia, frente al balance de su vida. Como fuese, la soledad es una experiencia subjetiva presente, se percibe como negativa y por lo general va acompañada de tristeza, de malhumor o de ansiedad. Los hombres mantienen con el entorno una relación más estrecha, en cambio las relaciones de las mujeres son más afectivas y expresivas³¹.

La dificultad en aceptar los cambios que produce el envejecimiento de los padres y el sentirse demandados y sobrecargados, generalmente conlleva sentimientos de rabia, impotencia, culpa y angustia, que expresados directa o indirectamente comprometen en la calidad de la relación. Si el AME no asume la responsabilidad de conducir su vida en forma gratificante, lo vivirá como vacío, abandono, afectando la vida familiar, social y de pareja.

Finalmente, en la dimensión social - a diferencia de las demás dimensiones cuyos elementos de centralidad fueron semejantes para varones como mujeres -, se destaca que los hombres de mediana edad estructuran en el sentido fuerte, el término protección. Y es que está normado socialmente, que sea el varón quien otorgue satisfacción a las necesidades materiales y simbólicas de la familia, a través de su trabajo productivo, cuyo esfuerzo permita proteger y otorgar soporte económico a la familia. Esta representación pasa a ser algo natural y a través de los discursos, las palabras o imágenes mediáticas se van consolidando socialmente en pensamientos, expresiones y actitudes, que puede llevar a una presión de cumplimiento social.

El proceso de envejecimiento es percibido de manera distinta por hombres y mujeres, mientras que las mujeres se enfocan prioritariamente en los lazos sociales familiares, los hombres representan a su vejez más allá de la dimensión individual, les preocupa, prioritariamente, los otros integrantes de la familia, ellos esperan continuar cumpliendo con el rol de proveedor económico, material y estructural para su familia³²⁻³⁴. La sociedad le ha asignado ese rol de protector, de proveedor económico, de persona fuerte que enfrenta al mundo, reprimiendo las expresiones de sus sentimientos. Ahora, siente que se acerca a una etapa de vida que posiblemente no le permita cumplir en adelante, y sienten que perderán su protagonismo y posición social.

De acuerdo a los patrones culturales esta falta les hará sentirse simbólicamente inútiles y frustrados, generándose una objetivación negativa de la vejez, ancorándose a sí mismo como una persona que camina a la inutilidad, con consecuente desprotección. Estas creencias, ideas e imágenes, se configuran en este estudio como el núcleo de la representación de la vejez en el varón de mediana edad.

Un aspecto a destacar en los resultados es la ausencia de la palabra salud en las representaciones de ambos grupos, lo que refuerza, por un lado, una representación del envejecimiento como un proceso de pérdida - la salud daría lugar a la enfermedad - y por otro lado, sería necesario ampliar la investigación en otros grupos sociales para averiguar si se trata de una marca de las RS de este grupo de AME que viven en una determinada área - urbana marginal - o una marca social de la vejez.

La ausencia del término salud puede ser un aspecto de la zona muda de las RS³⁵, dado que comúnmente ocurre cuando el objeto a representar resalta los valores morales o normas sociales de un determinado grupo, lo que genera respuestas consideradas políticamente correctas, pero también puede informar un deseo social. Sin embargo, la ausencia de un término tan importante para pensar en políticas para un envejecimiento exitoso merece la expansión de las técnicas de investigación, con el reemplazo y desplazamiento del sujeto del contexto normativo que lo presiona³⁵, para verificar se en este caso, la salud sería un término contranormativo.

Las limitaciones del estudio se refieren a las opciones metodológicas para la investigación del objeto, y al campo, una zona periférica del distrito de Lambayeque. Ampliar la investigación para otras

zonas permitirá obtener resultados relacionados con otros perfiles personales y sociales, contribuyendo a un debate más amplio sobre las RS de la vejez y, en consecuencia, sobre las políticas públicas.

CONCLUSION

La representación de la vejez se evidenció cómo negativa, apoyada en elementos como enfermedad, inutilidad y soledad. La protección y el miedo están presentes en el NC de las representaciones de los hombres, mientras que en las mujeres hay tristeza. Estos elementos pueden influir en la forma en que las personas esperan envejecer y en cómo invierten o no en el cuidado personal. A depender de la forma cómo la persona la enfrente en el curso de vida, dependerán los significados que le asigne. Entendiendo que la etapa de la mediana edad pasa a ser un periodo de desafío que la coloca en una posición expectante, mientras más temprano asuma una imagen positiva del proceso de envejecimiento, mejores resultados tendrá en su etapa posterior de la vejez.

Los estudios de RS contribuyen a revelar el pensamiento de los grupos sociales, así como las posibles acciones derivadas de él. Por ello, se pueden sumar a los debates promovidos en el ámbito de la geriatría y la gerontología sobre las propuestas de estrategias y acciones, en su conjunto, para alimentar las políticas públicas orientadas al envejecimiento. Las políticas de promoción de la salud que destacan el autocuidado y comunican una imagen positiva y autónoma de la vejez pueden contribuir para reconfigurar tales representaciones.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERENCIAS

1. Perú. Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017 [Internet]. Lima: Cendoc-MIMP; 2013 [acceso en 17 ene. 2020]. (Cuadernos sobre poblaciones vulnerables: 29). Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
2. Perú. Ley 30490 de 30 de junio de 2016. Ley de la persona adulta mayor. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. 21 jul. 2016. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

3. HelpAge. Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2015: Resumen ejecutivo [Internet]. London: HelpAge International; 2015 [acceso en 04 ene. 2020]. Disponible en: <http://www.helpage.org/silo/files/gawi-2015-resumen-ejecutivo-.pdf>
4. Datosmacro.com [Internet]. [sin ubicación]; 2017. Expansión. Pirámide de población. Comparación mundial; 2017 [acceso en 12 dic. 2019]. Disponible en: <https://www.datosmacro.com/demografia/estructura-poblacion>
5. Loewy M. La vejez en las Américas. Perspectiva de Salud [Internet]. 2004 [acceso en 11 ene. 2020];9(1):1-5. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero19_articulo02.htm
6. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
7. Canêdo AC, Lourenço RA. Determinantes do envelhecimento bem-sucedido. *Rev HUPE*. 2017;16(1):51-5.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía [Internet]. Santiago: CEPAL; 2017 [acceso en 12 mar. 2020]. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/41471>
9. Fondo de Población de la Naciones Unidas. Una mirada sobre el envejecimiento: Informe técnico [Internet]. Panamá: UNFPA; 2017 [acceso en 30 mar. 2020]. Disponible en: <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Unamiradasobreel envejecimiento.pdf>
10. Monteiro SAS. Ciclos de vida e ética do envelhecimento. *Temas Educ Saúde*. 2018;14(2):254-67.
11. Rodríguez L, Rodríguez P. El doble vínculo entre las representaciones sociales y comunicación social. *Palabra Clave*. 2015;18(3):905-37.
12. Segal SB. Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores. *Discurso Soc*. 2018;12(1):1-28.
13. Campos PHF, Lima RCP. Capital simbólico, representações sociais, grupos e o campo do reconhecimento. *Cad Pesqui*. 2018;48(167):100-27.
14. Wolter R. The Structural approach to social representations: Bridges between Theory and Methods. *Psico USF*. 2018;23(4):621-31.
15. Wachelke J, Wolter R, Matos FR. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liberabit*. 2016;22(2):153-60.
16. Coutinho MPL, do Bú EA. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software tri-deux-mots (versión 5.2). *Rev Campo Saber*. 2017;3(1):219-43.
17. Perú. Instituto Nacional de estadística e informática. Estado de la población peruana 2013 [Internet]. Lima: INEI; 2013 [acceso en 05 feb. 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf
18. Klein A, Carcaño E. Historias de la tercera edad: entre la continuidad y la alteridad. *Rev Ciênc Hum*. 2017;51(2):477-93.
19. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Washington, DC: OMS; 2015. [acceso en 02 ene. 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
20. Torres TL, Camargo BV, Bousfield AB, Silva AO. Social representations and normative beliefs of aging. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(12):3621-30.
21. Castro A, Camargo BV. Representações sociais da velhice e do envelhecimento na era digital: Revisão da literatura. *Psicol Rev*. 2017;23(3):882-900.
22. Molina PC. El lugar social de la vejez en territorios rurales de Aconcagua, un análisis de género. *Polis*. 2017;16(48):201-21.
23. Mota SN, Nogueira JM, Fernandes BKC, Silva HG, Ferreira MA, Freitas MC. Enfoque estructural de las representaciones sociales de los adolescentes sobre el envejecimiento y las personas mayores. *Cult Cuid*. 2018;(50):118-26.
24. Freitas MC, Campos TD, Gil CA. Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. *Estud Interdiscip Psicol*. 2017;8(2):43-64.
25. López DH, González GA, González LG, Troya ITC. Evaluaciones sobre jóvenes universitarios hacia la vejez y el proceso de envejecimiento. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*. 2017;20(4):1536-51.
26. Nunes PC, Silva AM. A produção acadêmica sobre meia-idade em teses e dissertações da educação física brasileira. *Rev Mackenzie Educ Fís Esporte*. 2015;14(1):123-142.
27. Jesus JC, Wajnman S. Geração sanduíche no Brasil: realidade ou mito? *Rev Latinoam Poblac*. 2016;10(18):43-61.
28. Antunes PC, Silva AM. Elementos sobre a concepção de meia-idade, no processo de envelhecimento humano. *Rev Kairós*. 2013;16(5):123-40.

29. Jodelet D. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. *Soc Estado*. 2018;33(2):423-42.
30. Camargo BV, Contarello A, Wachelke JFR, Morais DX, Piccolo C. Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Psicol Pesq*. 2014;8(2):179-88.
31. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):153-63.
32. Toro MR. Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Prisma Soc*. 2018;21(2):75-107.
33. Pochintesta P. Finitud y envejecimiento: Un análisis sobre las representaciones de la propia muerte y los significados del más allá. *Rev Arg Gerontol Geriatr*. 2017;31(2):42-51.
34. Gallestey JB, González AA, Arrocha MF. Paradigma del curso de la vida: Implicaciones en la epidemiología y salud pública. La Habana: Ecimed; 2016.
35. Chokier N, Moliner P. La «zona muette» des représentations sociales, pression normative et / ou comparaison sociale? *Bull Psychol*. 2006;483(3):281-6.



Idosos em terapia nutricional enteral no domicílio: integração das políticas públicas nacionais e programas municipais

Older adults undergoing home enteral nutrition therapy: integration of national public policy and municipal programs

Rubia Daniela Thieme¹

Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker²

Rafael Gomes Ditterich³

Resumo

Objetivo: Verificar se políticas públicas nacionais e programas municipais apresentam elementos que contribuem para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de idosos em Terapia Nutricional Enteral em domicílio (TNED) e propor a integração desses elementos. **Método:** Estudo qualitativo em que foi realizada análise de conteúdo dos documentos da Política Nacional do Idoso (PNI), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e análise das relações (coocorrências) de protocolos e decretos de programas de 29 municípios da 2ª regional de saúde do Paraná para atender as pessoas com necessidades especiais de alimentação (NEA), como idosos em TNED. Para análise das relações, as palavras-chave foram: *idoso e direito*. Ainda, foi elaborada uma proposta de integração de políticas públicas nacionais e de programas municipais. **Resultados:** Existem princípios, diretrizes e ações convergentes nas PNI, PNSPI e PNAN, mas, apresentaram-se pouco incluídos nos programas. Foram identificados apenas sete municípios que apresentaram programa com vistas à organização do cuidado em NEA, documentados em cinco protocolos e dois decretos. A coocorrência das palavras-chaves *idoso e direito* foi verificada em três dos documentos, mas a relação entre elas não foi encontrada. Na proposta de integração, há a formação de uma rede, com a intenção de alcançar o centro, o qual representa o DHAA de idosos em TNED. **Conclusão:** As políticas públicas nacionais apresentam elementos para a garantia do DHAA de idosos em TNED, mas os programas municipais não contemplam todos esses elementos. Uma proposta de integração desses elementos foi criada.

Palavras-chave: Política Pública. Saúde do Idoso. Nutrição Enteral. Pacientes Domiciliares. Programa.

¹ Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Curitiba, PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição, Departamento de Nutrição. Curitiba, PR, Brasil.

³ Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Comunitária. Curitiba, PR, Brasil.

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Rubia Daniela Thieme
rubiathieme@gmail.com

Recebido: 26/05/2020
Aprovado: 15/09/2020

Abstract

Objective: to verify if national public policies and municipal programs contain elements that contribute to ensure the Human Right to Adequate Food (HRAF) of older adults undergoing home enteral nutrition therapy (HENT) and to propose the integration of these elements. **Method:** a qualitative study was carried out based on the content analysis of the documents of the National Policy for Older Adults (or PNI), the National Policy for the Health of Older Adults (or PNSPI) and the National Food and Nutrition Policy (or PNAN). Analysis of the relationships (co-occurrences) in programs of the 29 cities of the 2nd regional health region of Paraná to provide care for people with special dietary needs (SDN), such as older adults undergoing HENT, was also carried out. For the analysis of the relationships, the keywords *older adult* and *right* were used. Furthermore, the integration of national public policies and municipal programs was proposed. **Results:** the PNI, PNSPI and PNAN contain converging principles, guidelines and actions, but they are not fully integrated into the programs. Only seven cities with programs that aimed to organize care involving SDN were identified, documented in five protocols and two decrees. A co-occurrence was verified in three of the analyzed documents, but a relationship between the keywords *older adult* and *right* was not verified in the protocols and decrees. In the integration proposal, a network was described, based around the goal of reaching the center, which represents the HRAF for older adults undergoing HENT. **Conclusion:** national public policies contain elements to ensure the HRAF of older adults undergoing HENT, but the municipal programs do not include all these elements. A proposal to integrate the elements was created.

Keywords: Public Policy. Health of the Elderly. Enteral Nutrition. Homebound Persons. Program.

INTRODUÇÃO

As necessidades alimentares especiais ocorrem devido à alteração metabólica ou fisiológica, temporária ou permanente, que cause mudanças relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar. A nutrição enteral é uma das alternativas para terapia nutricional (TN) em todos os pontos de atenção à saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a Atenção Básica (AB) e o domicílio^{1,2}.

A terapia nutricional enteral em domicílio (TNED) pode ser recomendada para indivíduos que apresentam estabilidade clínica e risco nutricional ou desnutrição e que não conseguem alcançar suas necessidades nutricionais pela ingestão alimentar normal, mas possuem trato gastrointestinal funcionante. O objetivo da TNED é melhorar ou manter o estado nutricional e a capacidade funcional, bem como aumentar a qualidade de vida^{1,3,4}.

A maior frequência de idosos em TNED nos últimos vinte anos tem sido observada devido à alta

prevalência de doenças crônicas, como neoplasias e doenças neurológicas^{3,4}. No SUS, a organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição nas necessidades especiais de alimentação (NEA) e a efetivação da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), com vistas à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), são orientadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Além da PNAN, outras políticas públicas podem contribuir para alcançar o direito à saúde e o DHAA, especialmente de idosos em TNED, como, a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)^{1,2,5-7}. Diferentes políticas devem ser adotadas pelo poder público para garantir a SAN, entendida como o direito dos indivíduos, incluindo de grupos populacionais específicos, em acessar de forma regular e permanente alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem que o acesso a outras necessidades essenciais seja comprometido, a fim de promover a saúde e a nutrição⁶.

Assim, as ações com vistas ao alcance da SAN das pessoas idosas com NEA e em TNED devem

considerar as especificidades desse grupo. A alimentação adequada, que é um direito fundamental (DHAA)⁶, pode ser garantida pelo acesso a alimentos necessários para preparação de dieta administrada via sonda ou de fórmulas comerciais para nutrição enteral³. Nesse sentido, políticas, como a PNAN¹, a PNI⁵ e a PNSPI⁷, e programas podem colaborar tanto isoladamente quando de forma integrada para a garantia do DHAA de idosos em TNED.

As políticas públicas podem ser operacionalizadas por meio de programas. No Brasil, existem municípios que apresentam a implementação de programas com vistas aos cuidados de nutrição às pessoas com NEA, incluindo os idosos em TNED. Porém, é preciso verificar o quanto essas políticas e programas tem registrado a preocupação específica com os direitos dos idosos e propor a integração de suas ações. Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar se políticas públicas nacionais e programas municipais apresentam elementos que contribuem para a garantia do DHAA de idosos em TNED e propor a integração desses elementos.

MÉTODO

Estudo qualitativo em que foi utilizada a ferramenta de análise documental. Os documentos elencados para a produção dos dados foram a PNI, a PNSPI e a PNAN, bem como programas que operacionalizam a PNAN em municípios paranaenses. Foram analisados os protocolos ou normativas referentes a programas dos municípios da 2ª regional de saúde do Paraná, de acordo com a divisão estabelecida pela Secretaria da Saúde do Estado. Para identificação da oferta de programa destinado ao cuidado de nutrição de pessoas com NEA, foi realizada pesquisa em sítio eletrônico de busca e sítios eletrônicos oficiais das Prefeituras Municipais dos 29 municípios da 2ª regional de saúde do Paraná entre os dias 15 e 19 de outubro de 2019.

Para as pesquisas em sítio eletrônico de busca, foram utilizados o nome do município juntamente com as palavras-chave: alimentação especial ou dietas especiais ou fórmulas nutricionais ou nutrição enteral ou terapia nutricional. Nos sítios eletrônicos das Prefeituras Municipais, foi realizada busca

por hiperlink para acesso à página da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que, quando disponível, foi utilizado para procura de programa, protocolo de programa, normativa de regulamentação de programa ou correspondente. Foi utilizada a ferramenta de busca e inseridas as palavras-chave: alimentação, dieta, fórmula, nutrição, nutricional, domicílio ou domiciliar.

A análise de conteúdo da PNI, da PNSPI e da PNAN foi realizada para avaliar qualitativamente as informações. A técnica de análise considera que tudo o que é escrito é suscetível a ser analisado com vistas a obter indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens⁸. A técnica de análise considerou os fragmentos que continham elementos necessários para o alcance do DHAA de idosos em TNED, que foram extraídos do texto.

A técnica utilizada para a análise do conteúdo dos protocolos e normativas foi a análise das relações, considerando a modalidade de análise de coocorrências. Procurou-se extrair dos textos dos documentos as relações entre as partes de uma mensagem. A sequência procedimental para a análise de coocorrências foi: (a) escolha da palavra-chave e categorização por tema; (b) recorte de texto em fragmentos; (c) presença ou ausência da palavra-chave em cada fragmento de texto; (d) cálculo de coocorrências; (e) representação e interpretação dos resultados⁸.

As palavras-chave escolhidas foram: *idoso* e *direito*. As categorias temáticas do estudo foram estabelecidas a partir das palavras-chave. O texto foi recortado de acordo com o formato de apresentação do documento. Para os protocolos, considerou-se para análise duas partes: introdução e desenvolvimento. Para as normativas, foram consideradas as disposições preliminares e disposições gerais. As coocorrências foram demonstradas quantitativamente por meio da frequência de fragmentos que apresentaram os dois termos pesquisados. A interpretação qualitativa dos resultados foi realizada considerando o contexto, o processo de construção dos documentos e a definição de SAN e de DHAA.

Com base nos resultados obtidos por meio da análise documental foi elaborada uma proposta

para integração das políticas nacionais e programas municipais. A extração dos elementos dos documentos foi realizada por meio da análise de conteúdo utilizando-se como orientação a população idosa e a definição de SAN e de DHAA. Isso permitiu a localização e a contextualização das informações contidas nos documentos. A proposta de integração foi elaborada utilizando o programa *Visual Paradigm Online*[®], em que foram considerados os elementos convergentes identificados nos documentos.

Os documentos referentes aos programas são considerados de acesso público e sua análise dispensa a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/2016⁹.

RESULTADOS

A análise do conteúdo dos documentos da PNI, da PNSPI e da PNAN possibilitou verificar que existem elementos convergentes nas políticas, como a priorização do cuidado em saúde na AB, incluindo a atenção domiciliar (AD), a participação social, a educação permanente dos profissionais da saúde, a articulação entre diferentes setores e a participação dos entes da federação na destinação dos recursos^{1,5,7}. A integração desses elementos, os quais podem ser operacionalizados em programas, pode contribuir para o alcance do DHAA de idoso em TNED.

Os programas destinados aos cuidados às pessoas com NEA podem ser nacionais, estaduais

ou municipais. Com maior frequência, os municípios são responsáveis por formular e executar esses programas. Na 2ª regional de saúde do Paraná, entre os 29 municípios, foram identificados sete (N=7; 24,1%) que possuem programa com vistas à organização do cuidado às pessoas com NEA. Para cinco municípios, foram encontrados protocolos dos programas, utilizados para organizar a atenção nutricional às NEA na AB e na AD por serem apresentados como materiais técnicos que norteiam o processo de trabalho das equipes, e para dois municípios, foram localizadas normativas, as quais apresentam-se na forma de decreto municipal, que instituem programas, mas não apresentam a descrição detalhada do processo de trabalho da equipe.

Por meio da análise do conteúdo dos protocolos (n=5), verificou-se que apenas um citou a palavra-chave *idoso* na introdução, mas todos a mencionaram no desenvolvimento. A palavra-chave *direito* foi mencionada por três protocolos na introdução e por três no desenvolvimento. Para os protocolos, não foi verificada relação entre as palavras-chaves. A análise do conteúdo dos decretos demonstrou que nas disposições preliminares nenhum citou a palavra-chave *idoso*, mesmo resultado obtido para nas disposições gerais, enquanto a palavra-chave *direito* foi observada em um decreto nas disposições preliminares e em um nas disposições gerais. A relação entre as palavras-chaves não foi verificada nos decretos. O quantitativo de citações das palavras-chave nos documentos analisados pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Ano de implantação do programa ou publicação do documento, objetivos dos programas, quantitativo de citação das palavras-chave e fragmentos de texto dos protocolos e decretos de programas específicos para o cuidado nutricional de pessoas com necessidades especiais de alimentação de municípios da 2ª regional de saúde do Paraná (N=7). Curitiba, PR, 2020.

Ano	Objetivos	Documento	Palavras-chave	Fragmentos
2006	Promover a atenção nutricional e os cuidados de saúde	Protocolo	Idoso: Oito Direito: Zero	...as recomendações nutricionais gerais utilizadas no (nome do programa) para a definição das necessidades nutricionais das crianças, adolescentes, adultos e idosos incluídos no programa
2009	Realizar acompanhamento do estado nutricional e o fornecimento de fórmulas industrializadas para fins especiais	Protocolo	Idoso: Três Direito: Três	Fórmula/Suplemento Padrão Adulto/Idoso ...a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal...
2014	Atender as solicitações de dietas e leites especiais e acompanhar o estado nutricional	Protocolo	Idoso: Um Direito: Três	O aleitamento materno tem influência direta e indireta no controle de doenças como hipertensão, diabetes e obesidade (saúde do idoso) ...deste modo não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças
2015	Fornecer/Dispensar dietas especiais, suplementos/módulos alimentares e fórmulas infantis e realizar acompanhamentos dos pacientes	Protocolo	Idoso: Três Direito: Dois	Dieta hipercalórica - Para pacientes adultos e idosos em condições clínicas relacionadas... ...da Constituição Federal, preconiza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso...
2017	Atuar na avaliação, orientação, acompanhamento clínico e nutricional e no fornecimento de fórmulas infantis, dietas enterais industrializadas, suplementos alimentares e módulos de nutrientes	Decreto	Idoso: Zero Direito: Dois	Considerando que a alimentação adequada é direito básico do ser humano, indispensável à realização dos seus direitos consagrados na Constituição Federal, cabendo ao Poder Público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para respeitar, proteger, promover e prover o direito humano à alimentação adequada e nutricional da população
2019	Avaliar a necessidade do uso de fórmulas alimentares e acompanhar e avaliar o tratamento dietético	Decreto	Idoso: Zero Direito: Um	O cadastro para recebimento de Fórmulas Infantis e Suplementos Alimentares Orais e Enterais, objetos deste Programa, será avaliado pela Comissão de Suporte Nutricional, tendo direito ao cadastro as seguintes categorias de usuários: Lactentes,.. bebês prematuros,.. crianças e adulto...
2019	Fornecer fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos/módulos alimentares	Protocolo	Idoso: Três Direito: Seis	O paciente idoso (≥ 60 anos) terá avaliação diferenciada considerando desnutrição IMC abaixo de 22 kg/m^2 Logo, todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado

Elaborado pelos autores. Informações do quadro obtidas a partir da análise do conteúdo dos documentos (protocolos e decretos) dos programas municipais destinados aos cuidados de nutrição às pessoas com necessidades especiais de alimentação.

A partir da análise do conteúdo dos protocolos e decretos, observou-se que a palavra-chave *idoso* foi citada até oito vezes, enquanto que a palavra-chave *direito*, até seis vezes (Quadro 1). A coocorrência foi verificada em três dos documentos analisados. A palavra-chave *idoso* foi identificada associada à avaliação nutricional, recomendações nutricionais, descrição de fórmulas comerciais para nutrição enteral, critérios de inclusão para dispensação de fórmulas comerciais para nutrição enteral e manutenção no programa. Por outro lado, observou-se a palavra-chave *direito* associada à vida, à saúde e à alimentação adequada, à informação, ao cadastro no programa para dispensação de fórmulas comerciais para nutrição enteral e à equidade.

A partir da análise do número de citações da palavra-chave *direito*, observou-se que a garantia do DHAA das pessoas com NEA não é mencionada nos objetivos dos programas. Ainda que não incluído nos objetivos, a alimentação e a nutrição foram citadas como determinantes e condicionantes da saúde, bem como requisitos básicos para sua promoção e proteção. Além disso, a alusão à saúde como direito de todos e dever do Estado estava incluída no texto de três documentos analisados (Quadro 1).

A existência ou inexistência de ações governamentais para alcançar os direitos à saúde e à alimentação foram observadas de acordo com o modo como os protocolos e decretos foram sistematizados. Quanto aos direitos dos idosos, nenhum documento apresentou fluxo e critérios de inclusão específicos para pessoas com idade maior de 60 anos. Nos fluxos e critérios, destaca-se a padronização de normas e condutas para a dispensação de produtos, como fórmulas infantis, fórmulas comerciais para nutrição enteral, suplementos e módulos. Verificando-se, assim, a priorização de diretrizes para a organização do fornecimento de produtos em detrimento do estabelecimento de diretrizes para o cuidado de nutrição.

A análise dos documentos indicou que os programas possuem critérios para fornecimentos de fórmulas comerciais para TNED e que a dieta elaborada com alimentos para TNED, associada à orientação nutricional e acompanhamento nutricional, é preconizada pelos programas. A responsabilidade por adquirir os alimentos necessários para o preparo

da dieta é do usuário em TNED e sua família, sendo que a não adesão à recomendação da dieta com alimentos não abona o fornecimento de fórmula comercial pelo município.

Para aquisição dos alimentos e preparo da dieta, são necessários diferentes recursos, entre o quais, o recurso financeiro. Em um dos protocolos analisados, foi encontrada a recomendação em casos de desnutrição primária, para os usuários e familiares procurarem a Secretaria Municipal do Abastecimento para maiores informações sobre as suas ações, como os equipamentos de SAN, sendo destacada como uma ação intersetorial que poderia favorecer as famílias de baixa renda.

A importância de conhecer a situação socioeconômica dos usuários foi observada na maioria dos documentos analisados. Mas, quanto aos critérios de inclusão e manutenção no programa, a renda familiar destacou-se em três dos documentos. Em um dos programas, a renda familiar não foi considerada. Entretanto, em dois programas, os critérios de inclusão consideravam a renda familiar. De acordo com o protocolo e o decreto, para ser incluído no programa, o usuário deve possuir renda familiar de até três salários mínimos.

Considerando as situações de vulnerabilidade social e a necessidade de alcançar a SAN das pessoas com NEA, propõe-se neste estudo a integração das diferentes políticas e programas para a garantia do DHAA de pessoas idosas em TNED. A proposta apresentada na Figura 1 demonstra a integração da PNI, da PNSPI, da PNAN e dos programas específicos para o cuidado de nutrição de pessoas com NEA de sete municípios da 2ª regional de saúde do Paraná.

A elaboração da proposta de integração foi realizada com os 28 elementos extraídos dos documentos submetidos à análise de conteúdo. Da PNI, foram extraídos quatro elementos, nove da PNSPI, doze da PNAN e, dos programas municipais, foi realizada a extração de três elementos.

A integração desses elementos extraídos das políticas públicas e dos programas municipais pode contribuir para o alcance do DHAA de idosos em

TNED. A interlocução foi identificada entre 24 elementos, destacando-se aqueles que se referem à atenção integral, ao acesso em saúde, ao respeito à autonomia do usuário e à educação permanente dos profissionais da saúde.

A PNI, a PNSPI e a PNAN apresentaram-se pouco integradas aos protocolos e decretos. Após a identificação da escassa incorporação dos princípios, diretrizes, objetivos e ações dessas políticas públicas nos programas municipais, foi elaborada uma proposta de integração dos seus elementos, bem

como dos programas municipais analisados, com vistas ao alcance do DHAA de idosos em TNED.

A integração das diferentes políticas e programas foi representado graficamente por uma rede. Princípios, diretrizes, objetivos e ações da PNI, PNSPI, PNAN e dos programas municipais foram inseridos em círculos, que se ligam com o propósito de alcançar o centro, o qual representa o DHAA de idosos em TNED. Assim, na apresentação da integração em rede, podem ser observados os elementos necessários para o alcance do DHAA de idosos em TNED.

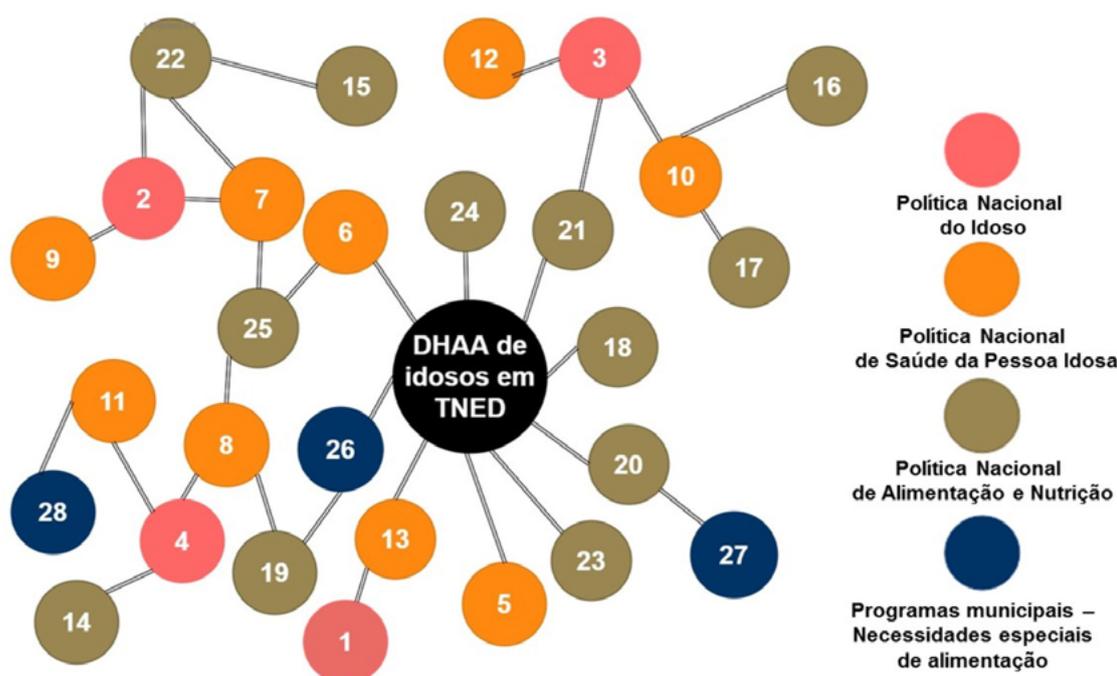


Figura 1. Proposta de integração da Política Nacional do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e dos programas municipais de atenção às necessidades alimentares especiais para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED). Curitiba, PR, 2020.

Legenda: DHAA: Direito Humano à Alimentação Adequada; TNED: Terapia Nutricional Enteral em domicílio; 1. Dever da família, sociedade e Estado de assegurar os direitos da cidadania; 2. Capacitação de recursos humanos; 3. Participação do idoso no ciclo da política; 4. Assistência à saúde ao idoso; 5. Linha de cuidados e fluxos bidirecionais – aumentar qualidade e resolutividade da Atenção Básica; 6. Infraestrutura física e insumos adequados; 7. Qualificação técnica; 8. Ações de prevenção, reabilitação e recuperação. Prevenção e intervenção precoce preferencialmente às intervenções curativas; 9. Atenção multiprofissional; 10. Anseios do idoso e de sua família; 11. Atenção específica aos idosos frágeis; 12. Participação e fortalecimento do controle social; 13. Previdência Social, Sistema Único de Assistência Social e Justiça e Direitos Humanos; 14. Princípios do Sistema Único de Saúde; 15. Alimentação como elemento de humanização; 16. Respeito à diversidade e à cultura alimentar; 17. Fortalecimento da autonomia; 18. Determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; 19. Organização da Atenção Nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância alimentar e nutricional. 20. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 21. Participação e Controle Social; 22. Qualificação da Força de Trabalho; 23. Controle e Regulação dos Alimentos; 24. Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição; 25. Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal; 26. Promover a atenção nutricional e os cuidados gerais de saúde de pessoas com necessidades especiais de alimentação; 27. Fornecimento de fórmulas comerciais para nutrição enteral; 28. Realização de visitas domiciliares

Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou elementos da PNI, da PNSPI, da PNAN e dos programas municipais e propôs a integração das políticas públicas nacionais e dos programas municipais para efetivar a realização da SAN com vistas a garantir o DHAA de idosos em TNED. A PNI, a PNSPI e a PNAN possuem elementos convergentes, os quais consideram os direitos da pessoa idosa. Nos protocolos e decretos dos programas municipais, foram extraídos menor número de elementos que podem contribuir para a garantia do DHAA de idosos em TNED comparado à PNSPI e à PNAN, bem como foi verificada baixa frequência de citação das palavras-chave *idoso* e *direito*.

Nos programas municipais, observou-se maior ênfase a condições clínicas e doenças que acometem crianças. As pessoas idosas e suas possíveis NEA específicas não foram explicitamente encontradas nos textos, nem a menção do Estatuto do Idoso e da PNSPI. Contudo, foi verificada a menção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) comuns no grupo populacional acima dos 60 anos, bem como a recomendação de TN em decorrência de seus sintomas ou sequelas.

O Ministério da Saúde recomenda que cada local (município ou serviço) deve ter definido seu próprio protocolo de cuidado às NEA, pois contribui para a eficiência e eficácia da gestão em saúde, além de funcionar como ferramenta de regulação e equidade na dispensação dos insumos². As ações para os cuidados de nutrição de pessoas com NEA, estabelecidas por meio de programas, são descritas com maior detalhamento em protocolos quando comparado aos decretos.

Os protocolos conferem transparência aos critérios de inclusão e exclusão, à linha de cuidado e aos fluxos de atendimento com vistas a garantir o respeito aos princípios do SUS e o alcance do DHAA. Contudo, os protocolos analisados no presente estudo não consideraram as circunstâncias da senescência e da senilidade e os direitos específicos dos idosos para organizar a padronização dos cuidados em domicílio.

Os domicílios particulares são o local de residência da maioria dos idosos no Brasil, onde vivem com seu cônjuge, famílias ou sozinhos¹⁰. As

pessoas idosas apresentam necessidades específicas de cuidado, que são decorrentes das características de apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde. Considerando a alta prevalência de DCNT na população brasileira acima de 60 anos, bem como as suas sequelas, limitações funcionais e incapacidades, cuidados em saúde no domicílio podem ser necessários^{7,11}, incluindo a TNED. Nesse sentido, o aumento do número de idosos em TNED foi demonstrado por diferentes estudos realizados no Brasil e em outros países^{3,4}.

No cenário internacional, idosos norte-americanos e europeus relataram a necessidade de mais informações sobre suas condições de saúde e de comunicação mais clara sobre os diagnósticos e tratamentos propostos¹². Como parte do processo de comunicação, os profissionais da saúde devem capacitar os cuidadores informais para a realização dos cuidados em saúde no domicílio.

O apoio aos cuidadores informais para capacitação no cuidado domiciliar de idosos, sobretudo após alta hospitalar, pode ser realizado por meio de contato telefônico de profissionais de enfermagem para identificar suas necessidades, orientar, informar e esclarecer os recursos existentes¹³. No caso dos cuidados em TNED, além da capacitação referente aos cuidados técnicos, os programas e seus protocolos devem incluir o acompanhamento periódico do idoso com vistas a proporcionar segurança e conforto por meio de estabelecimento do vínculo.

O vínculo e a comunicação efetiva entre as pessoas que usam os serviços de saúde e os profissionais permitem maior habilidade para tomada de decisão em saúde. Na comunicação, deve-se evitar termos técnicos, dividir informações em etapas e avaliar a compreensão¹⁴. Na AB, o vínculo é condição para funcionamento do serviço em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado, além de melhorar a adesão à terapêutica e favorecer a visita domiciliar¹⁵. Na visita domiciliar, pode-se reforçar ou reformular as orientações de alta hospitalar, principalmente referentes à TNED¹⁶.

Para a comunicação entre profissionais da saúde com pacientes em TNED, seus cuidadores e familiares, é necessário que os profissionais tenham capacitação técnica e científica. De acordo com as

Diretrizes da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) sobre TNED, todos os profissionais da saúde diretamente envolvidos no atendimento ao paciente devem receber educação e treinamento relevantes para suas funções sobre os diferentes aspectos relacionados à TNED³. A educação e o treinamento da equipe devem estar entre as metas dos serviços de saúde.

Um exemplo da capacitação em TNED de nutricionistas atuantes em programa de atenção nutricional às NEA foi a contratação de uma empresa especializada em cursos e na elaboração de manuais/protocolo por uma das SMS de um dos municípios incluídos neste estudo. A partir do manual de cuidados nutricionais, foi construído o protocolo do programa municipal. Como parte do aprimoramento profissional, também foi realizada parceria com uma universidade, para educação continuada. Mas, a capacitação para o cuidado específico aos idosos não foi mencionada¹⁷, mesmo sendo recomendada pelo Estatuto do Idoso¹⁸.

Nesse sentido, é necessário que os profissionais da saúde estejam adequadamente capacitados para prestação de cuidados em saúde para a população idosa. Entretanto, a fim de superar a lógica das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações, a Educação Permanente em Saúde (EPS), também deve ser realizada. A EPS ocorre nas visitas domiciliares, durante os momentos de discussão de casos, nos grupos operativos, no cotidiano do trabalho de modo informal e no matriciamento¹⁹.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. O processo de implementação do Apoio Matricial em Saúde do Idoso no município de Vitória, ES, foi relatado no estudo de Madureira e Bissoli²⁰, que mostraram que o matriciamento colaborou na elaboração de fluxos e organização da RAS para a população idosa, além de aumentar a segurança das equipes da AB no enfrentamento e resolutividade de casos, melhorar o atendimento ao idoso e proporcionar a discussão interdisciplinar²⁰.

O trabalho em equipe é interdisciplinar e multiprofissional e deve garantir os cuidados padronizados e coordenados para todas as pessoas

que precisam de TNED³. A ausência de um profissional em uma equipe, dificulta o cuidado integral na AB, comprometendo a resolubilidade da assistência prestada^{3,21}. Nesse sentido, sendo a atenção integral à saúde do idoso no SUS assegurada pelo Estatuto do Idoso¹⁸, a(o) nutricionista é um dos profissionais fundamentais para seu alcance.

A atuação da(o) nutricionista tem sido considerada referência no processo de matriciamento em Alimentação e Nutrição e pode contribuir para a organização da AB. Entre as ações das(os) nutricionistas, estão as direcionadas para a qualificação das equipes com enfoque nas DCNT e a promoção da saúde em todas as fases da vida. Além disso, as ações de Alimentação e Nutrição que objetivam a integralidade necessitam ultrapassar a dimensão biológica e causal^{22,23}, inclusive no cuidado em TNED.

O ato de se alimentar por meio da TNED não é apenas biológico, com objetivo unicamente de atender às necessidades nutricionais, mas, também, é sociocultural. Nesse sentido, as características sociais, a cultura alimentar, as preferências e anseios do idoso e da família, bem como a situação clínica frequentemente estável da pessoa em TNED são importantes para a tomada de decisões referentes aos cuidados em saúde e às intervenções de nutrição em TNED²⁴ e devem ser consideradas nos programas destinados ao cuidado de nutrição de pessoas com NEA.

O presente estudo demonstrou que os programas municipais analisados priorizam a utilização de dieta com alimentos para a TNED, diferente das diretrizes europeias, que alegam que a dieta com alimentos é menos efetiva e menos segura comparada à fórmula comercial³. Contudo, a recomendação da ESPEN enfatiza a dimensão biológica, sem considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos, que também compreendem a efetivação da SAN. Os protocolos e decretos analisados no presente estudo também deram prioridade aos aspectos biológicos e técnicos da alimentação.

Os princípios da SAN devem ser considerados no modelo de atenção à saúde no domicílio. Para o alcance do DHAA, os significados culturais da alimentação para o idoso em TNED e para a família

e os aspectos socioeconômicos devem ser respeitados a fim de proporcionar bem-estar físico, psicológico e social, bem como qualidade de vida²⁴, que deve ser avaliada periodicamente³.

Diferentes fatores podem influenciar na qualidade de vida de pessoas em TNED, como suas condições clínicas e o tempo para administração da nutrição enteral. Mas, já foi demonstrado que a nutrição enteral pode melhorar a qualidade de vida²⁵. Para que o objetivo da TNED de manter ou melhorar a qualidade de vida seja alcançado, recomenda-se início precoce da TN, assim que o risco nutricional for identificado. A triagem nutricional deve ser implementada como rotina para a detecção precoce do risco de desnutrição. Na AD, ferramentas específicas para triagem nutricional de idosos devem ser utilizadas²⁶, o que não foi considerado nos programas analisados.

Após a triagem nutricional, pode ser realizada a avaliação nutricional dos idosos. Tavares et al.²⁷ destacaram os desafios para o diagnóstico de nutrição e acompanhamento do estado nutricional de pessoas acima de 60 anos na AB. Os procedimentos realizados são os preconizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, que dão ênfase ao uso de medidas antropométricas. Outros indicadores do estado nutricional devem ser utilizados pelos profissionais de forma crítica e integrada, considerando as especificidades dos idosos²⁷.

Ainda, particularidades das pessoas idosas em TNED podem dificultar a aplicação das técnicas para avaliação nutricional, principalmente, aquelas para avaliação antropométrica e de composição corporal, pois é comum que o idoso esteja acamado ou com dificuldade para mobilidade. Essas condições aumentam a vulnerabilidade do idoso, a qual deve ser acompanhada pelo fato de que idosos mais vulneráveis apresentam maior dificuldade para o desempenho de atividades da vida diária²⁸.

A vulnerabilidade está, também, associada à Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). Thieme et al.²⁹ verificaram que 50% dos domicílios de pessoas em TNED apresentaram IAN. Para verificar a IAN de domicílios onde reside idoso em TNED, instrumentos validados podem ser utilizados, como a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, a qual

pode ser aplicada pelos profissionais da saúde a fim de acionar outros setores.

Portanto, é necessária articulação intersetorial entre a área da SAN e da saúde. A PNAN é considerada articuladora entre os dois campos e a organização da atenção nutricional no âmbito do SUS. Mas, o predomínio do modelo biomédico é o principal impeditivo para que a PNAN possa ser efetivada. Para consolidar a articulação intersetorial, devem ser formuladas estratégias que ultrapassam os programas setoriais³⁰, a fim de realizar a SAN para alcançar o DHAA. Nesse sentido, a ampliação da cobertura dos serviços assistenciais e no campo da SAN podem contribuir para o alcance do DHAA de idosos em TNED e suas famílias.

O acesso financeiro à alimentação adequada é um dos aspectos primordiais para efetivação da SAN. De acordo com a análise dos protocolos e decretos realizada no presente estudo, foi possível observar que os municípios não se responsabilizam pelo fornecimento dos alimentos que serão utilizados para a elaboração da dieta enteral.

O assunto deve ser avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem para a solução dessa demanda. A atenção às NEA no SUS cabe, então, aos estados e, mais frequentemente, aos municípios. A maior autonomia municipal é resultado da descentralização político-administrativa, um dos princípios do SUS. Mas, o financiamento é uma barreira para o avanço da descentralização, pois, o município fica com maior gasto e comprometimento do seu orçamento³¹.

Nesse sentido, no presente estudo, observou-se a racionalização do gasto público como uma das justificativas para elaboração de protocolos dos programas e da necessidade de instauração de programas via decreto. O Ministério da Saúde afirma que a gestão de insumos para a TNED objetiva o uso adequado dos recursos públicos, mas, que deve ser realizada a melhor oferta de cuidado aos usuários do SUS, por meio de protocolos, linhas de cuidado e recursos orçamentários². Assim, destaca-se a importância do SUS na promoção da equidade³². Por sua vez, a destinação de recursos públicos deve priorizar os idosos, com vistas à sua proteção¹⁸ e cuidado, pois, por exemplo, há redução

da mortalidade entre os idosos quando estratégias baseadas no cuidado de AB são implementadas³³. Além disso, o desenvolvimento de estratégias regionais de atenção à saúde é importante devido às diferentes características socioeconômicas nas regiões³⁴, o que deve ser considerado nos programas de atenção às NEA de pessoas idosas.

Assume-se que este estudo apresenta limitações. Destaca-se a inclusão de programas de uma única região do Brasil, o pequeno número de programas municipais analisado e a ausência de triangulação de métodos e de dados, o que pode mascarar resultados quanto à efetividade dos programas municipais. O número reduzido de municípios se justifica por serem poucos aqueles que apresentam programas para cuidados em TNED no Paraná. Apesar das limitações, até o momento, não foram encontrados

outros estudos que apresentem a análise de conteúdo de programas municipais com vistas ao cuidado às NEA de idosos.

CONCLUSÃO

As políticas públicas nacionais analisadas apresentam elementos que contribuem para a garantia do DHAA de idosos em TNED. Os programas municipais não contemplam todos os elementos propostos nacionalmente. Foi possível criar uma proposta de integração desses elementos, a qual pode ser utilizada futuramente na formulação de programas municipais a fim de operacionalizar as políticas públicas nacionais.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: MS; 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional. Brasília, DF: MS; 2015.
3. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr*. 2020;39(1):5-22.
4. Mazur CE, Zago RCC, Schieferdecker MEM, Maluf EMCP. Home enteral nutrition: clinical-nutritional analysis and outcomes of 10 years of public policy. *Nutr Hosp*. 2019;36(4):758-63.
5. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 05 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm
6. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 18 set. 2006.
7. 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*. 20 out. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. Cap. 4. Fase de análise ou tratamento do material.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, nº 98. 24 maio 2016.
10. Camarano AA, Barbosa P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que está se falando? In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
12. McGilton KS, Vellani S, Yeung L, Chishtie J, Comisso E, Ploeg J, et al. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatrics*. 2018;18(1):1-6.

13. Slatyer S, Aoun SM, Hill KD, Walsh D, Whitty D, Toye C. Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1-10.
14. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician.* 2015;92(2):1-10.
15. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis.* 2017;27(4):1003-22.
16. Thieme RD, Pinto LM, Macedo DS, Palm RCM, Schieferdecker MEM. Development and implementation of responsible discharge care protocol for hospitalized elderly with chronic diseases and in need of special nutritional support. *Demetra.* 2014;9(Supl.1):269-86.
17. Schieferdecker MEM, Pinheiro PAR, Lucas AC, Gomes KSG, Mazur CE. Programa de atenção nutricional: marco histórico na política pública para pessoas com necessidades alimentares especiais no Município de Curitiba, Paraná. *Demetra.* 2014;9(Supl.1):287-96.
18. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 3 dez. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
19. Nogueira IS, Acioli S, Carreira L, Baldissera VDA. Older adult care: permanent education practices of the Family Health Support Center. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03512.
20. Madureira RMS, Bissoli SM. Apoio matricial em saúde do idoso: a experiência do município de Vitória-ES. In: Pinheiro R, Lopes TC, Silva FH, Silva Junior AG, Orgs. *Experienci(ações) e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa.* Rio de Janeiro: Epesc/Abrasco; 2014, p. 135-47.
21. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, de Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate.* 2014;38(103):733-43.
22. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis.* 2017;27(3):793-811.
23. de Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(Suppl 1):797-804.
24. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SA, Schieferdecker MEM. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *Demetra.* 2014;9(3):757-69.
25. Ojo O, Keaveney E, Wang XH, Feng P. The Effect of enteral tube feeding on patients' health-related quality of life: a systematic review. *Nutrients.* 2019;11(5):1-9.
26. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutr.* 2006;25(2):330-60.
27. Tavares EL, dos Santos DM, Ferreira AA, de Menezes MFG. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(3):643-50.
28. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, de Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(2):e2700015.
29. Hieme RD, Lima JH, Rabito EI, Ditterich RG, Schieferdecker MEM. Home Nutritional therapy and food Insecurity. Abstracts of the 41st ESPEN Congress, Krakow, Poland, 31 August–3 September, 2019. *Clinical Nutr.* 2019;38:59-1-10.
30. Rigon AS, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(3):e00164514.
31. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;1(5):1511-24.
32. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(6):2213-26.
33. Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(42):1-12.
34. Szwarcwald CL, de Souza Júnior PRB, Marques AP, de Almeida WS, Montilla DER. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health.* 2016;15(141):1-9.



Políticas públicas e a inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho no Brasil

Public policies and the insertion of old people in the labor market in Brazil

Andrea Toshiye Sato¹ 
Selma Lancman¹ 

Resumo

Objetivo: Refletir como as políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas abordam o direito das pessoas idosas a um trabalho decente e a promoção da inserção e manutenção delas no trabalho. **Método:** Realizou-se pesquisa bibliográfica para levantamento das políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas. Para aprofundamento da análise dessas políticas, realizou-se a consulta delas na íntegra em websites governamentais brasileiros. Os dados foram analisados com embasamento na análise de conteúdo. **Resultados:** Dentre as políticas públicas direcionadas às pessoas idosas, as que possuem algum tipo de disposição relacionada ao trabalho são: Política Nacional do Idoso, Política Estadual do Idoso, Estatuto do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. As proposições relacionadas ao trabalho foram categorizadas em: I. Criação de condições de trabalho às pessoas idosas; II. Impedimento da discriminação e estímulo da contratação da pessoa idosa; III. Educação continuada às pessoas idosas; IV. Aposentadoria; V. Trabalho como escolha. **Conclusão:** As políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas foram aprimorando, ao longo do tempo, a abordagem quanto ao trabalho decente e à promoção da inserção e manutenção da pessoa idosa nesse trabalho. Entretanto, ainda faltam melhores avanços e esclarecimentos acerca das diretrizes e recomendações relacionadas ao trabalho para as pessoas idosas, evidenciando-se a importância dos contextos de trabalho, considerando as condições e organizações que impactam na possibilidade de inserção e manutenção da pessoa idosa no trabalho.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Políticas Públicas. Saúde do Trabalhador.

Abstract

Objective: Discuss how Brazilian public policies aimed at old people address the right of the old people to decent work, and the promotion of their insertion and maintenance at work. **Method:** Bibliographic research was carried out to analyze the Brazilian public

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. São Paulo, SP, Brasil.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Projeto Temático FAPESP número 2014/25985-2. Tipo de subsídio: reserva técnica.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Andrea Toshiye Sato
E-mail: andrea.sato@usp.br

Recebido: 01/06/2020
Aprovado: 22/09/2020

policies aimed at old people. In order to deepen the analysis of these policies, they were consulted in full on Brazilian government websites. The data was analyzed based on content analysis. *Results:* Among the public policies aimed at the old people those having some type of work-related disposition provision are: the National Policy for Old People, State Policy for Old People, Statute of the Elderly, and National Health Policy for Old People. The work-related propositions were categorized into: I. Creation of working conditions for old people; II. Preventing discrimination and encouraging the hiring of old people; III. Continuing education for old people; IV. Retirement; V. Work as a choice. *Conclusion:* Over time, Brazilian public policies aimed at old people have been improving the approach to decent work, and the promotion of the insertion and maintenance of old people in their work. However, there is still a lack of better advances and clarifications about the guidelines and recommendations related to work for old people, emphasizing the importance of work contexts considering the conditions and organizations impacting the possibility of insertion and maintenance of old people at work.

Keywords: Aging. Public Policies. Occupation Health.

INTRODUÇÃO

A partir do envelhecimento da população brasileira, há uma maior participação social da pessoa idosa (aquela que possui 60 anos ou mais). Esta ocorre, inclusive, em atividades de trabalho¹⁻⁴.

Revelando uma tendência crescente, em 1977, 4,9% dos trabalhadores que atuavam no mercado de trabalho eram idosos. Já em 1998, esse número subiu para 9% e a expectativa é de que, em 2020, cerca de 13% da população empregada no país seja constituída por pessoas idosas⁵. Essas previsões têm se sustentado por diversas razões.

No Brasil, as pessoas idosas tendem a permanecer no trabalho para complementar a renda familiar, já que, muitas vezes, os recursos provenientes de sua aposentadoria são a única renda delas e/ou de suas famílias e seu valor é insuficiente para mantê-las³. Soma-se a isso as mudanças legais, que definiram um número maior de anos a serem trabalhados ou contribuindo para a Previdência Social para atingir a aposentadoria³⁻⁴. Algumas pessoas também se mantêm trabalhando pelo significado e pela importância que atribuem ao trabalho. Essas podem estar relacionadas às necessidades de interação social, de se manter ativas, produtivas e até mesmo de ocupar o tempo ocioso^{6,7}.

Além disso, no final de 2019, houve a aprovação da reforma da Previdência Social⁸, que determinou cortes e adiamentos de benefícios. Assim, embora as

modificações ocorram de forma gradual através de uma regra de transição, a idade mínima e o tempo de trabalho necessário para a aposentadoria estão aumentando no Brasil, o que provavelmente resultará em um número ainda maior de pessoas idosas que precisarão permanecer no mercado de trabalho.

Diante desses dados, nota-se que, cada vez mais, a pessoa idosa vai desejar e/ou precisar se manter trabalhando. Para isso ocorrer, podem existir desafios⁴. Um deles se relaciona à organização do trabalho. Frequentemente, esta é pensada para trabalhadores jovens. Isso pode ser um impeditivo para a permanência dos demais, tendo em vista que o desemprego estrutural levará a pessoa idosa a competir por vagas com trabalhadores mais jovens^{4,6}.

Outro desafio refere-se ao ageísmo, termo utilizado para definir um tipo de preconceito ligado à idade que pode gerar um conjunto de atitudes negativas ou positivas frente ao envelhecimento², favorecendo ou desfavorecendo a inclusão e manutenção da pessoa idosa no mercado de trabalho.

Por um lado, a pessoa idosa apresenta potencialidades para o trabalho, devido à sua experiência, o que levaria à sua valorização^{6,9}. Por outro, nota-se que, de forma geral e, especialmente, em trabalhos menos qualificados (com maior exigência física em detrimento da experiência e do acúmulo de conhecimento), há uma tendência de desvalorização do trabalhador idoso por se considerar que ele possui capacidades reduzidas para o trabalho⁹.

A principal justificativa para essa consideração é a de que o processo de envelhecimento, ainda que bastante heterogêneo, envolve a presença de declínios biológicos que resultam na diminuição da capacidade intrínseca^{2,9}. No entanto, essa justificativa é contestável, já que estudos afirmam que os declínios do envelhecimento, geralmente, resultam em um impacto negativo na capacidade intrínseca, mas não necessariamente na capacidade funcional e para o trabalho^{10,11}.

O termo “capacidade intrínseca” se relaciona às capacidades físicas, intelectuais e psíquicas de um indivíduo, enquanto “capacidade funcional” se refere à capacidade para realização das várias atividades, resultado da interação entre a capacidade intrínseca e as possibilidades que o ambiente oferece, inclusive através da possibilidade de utilização de dispositivos auxiliares¹¹. Já a “capacidade para o trabalho” tem relação com o tipo de trabalho que a pessoa realiza, se reportando à capacidade intrínseca em interação com à cultura organizacional e ao ambiente de trabalho para a realização de atividades laborais¹⁰.

Portanto, a adaptabilidade da pessoa idosa no trabalho não depende só de suas características individuais, mas também das condições e da organização do trabalho. A organização do trabalho corresponde ao seu conteúdo, divisão do trabalho, níveis hierárquicos, normas e procedimentos de produção, metas e ritmo estabelecidos, relações interpessoais; enquanto as condições do trabalho, referem-se aos materiais e instalações físicas utilizados para a execução do trabalho¹².

As atuais situações laborais têm oferecido poucas possibilidades de adequação aos trabalhadores por diversos motivos. O principal deles é o processo de precarização do trabalho, que vem se instalando desde a década de 90. A precarização do trabalho pode ser definida como um processo de degradação, que inclui aspectos como a desregulamentação do emprego, a deterioração das condições do trabalho, a extensão da jornada, a redução dos salários, a crescente desproteção social, a difusão do sofrimento físico e/ou mental como inerente ao trabalho, o desemprego estrutural, dentre outros^{6,13}.

As mudanças previdenciárias não levaram em conta a cultura do ageísmo, a necessidade de mudanças na organização do trabalho e o processo de precarização global pelo qual o país já vinha passando. Esses fatores podem dificultar e até mesmo inviabilizar a inclusão e permanência das pessoas idosas no trabalho. Por isso, há a necessidade de estratégias em vários níveis para prolongar o tempo dos trabalhadores idosos no trabalho.

As políticas públicas voltadas às pessoas idosas foram sendo implementadas na medida em que o país começou a inverter sua pirâmide etária. Essas políticas nem sempre são suficientes para as demandas da população. Entretanto, são essenciais para o apoio dos trabalhadores idosos e acredita-se que é através delas que se possibilitará a garantia do direito a um trabalho decente e a promoção da inserção e manutenção da pessoa idosa no trabalho⁴.

O trabalho decente, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT)¹⁴, refere-se ao trabalho produtivo, que possibilita uma vida digna às pessoas que o desempenham. Esse trabalho é realizado em condições de liberdade, equidade e segurança, sem haver discriminação.

Ainda de acordo com a OIT, existem alguns indicadores para definir o trabalho decente, como: oportunidades de emprego; rendimentos adequados e trabalho produtivo; jornada de trabalho decente; combinação entre trabalho, vida pessoal e familiar; estabilidade e segurança no trabalho; igualdade de oportunidade e de tratamento no emprego; ambiente de trabalho seguro; seguridade social e diálogo social e representação de trabalhadores e empregadores¹⁴.

Este estudo buscou refletir como as políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas abordam o direito da pessoa idosa a um trabalho decente e à promoção da inserção e manutenção dela nesse trabalho. Além disso, visou aprofundar, mais especificamente, como essas políticas evoluíram na busca de criação de condições de trabalho, fomentação a não discriminação dessa população nos ambientes de trabalho, criação de programas para oferta de emprego, para capacitação/educação continuada e para preparação para a aposentadoria.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa documental de natureza qualitativa. Inicialmente, realizou-se levantamento bibliográfico no Portal de Periódicos Capes de estudos que tratavam sobre as políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas, publicados em formato de artigo, relacionados à área da saúde pública brasileira, no período entre 2000 e 2020, disponíveis na íntegra, em português. Utilizou-se, de maneira isolada, os seguintes termos de busca: “políticas e idosos”, “políticas públicas do idoso”, “legislação para o idoso”, “políticas públicas e envelhecimento”.

Foram encontrados 416 artigos. Destes, foram excluídos os repetidos e que não possuíam como temática central as políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas ou que possuíam alguma especificidade em algum tema (exemplo: artigo que tratava de políticas públicas direcionadas apenas ao idoso institucionalizado). Desta forma, 67 artigos foram eleitos. Após a leitura dos resumos, considerou-se que havia uma redundância nas informações e, por isso, selecionou-se os artigos que tratavam mais amplamente do conteúdo visado. Assim, foram selecionados 11 artigos.

Esses artigos serviram de base para um levantamento sobre as principais políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas relacionadas na literatura, foco deste estudo. Portanto, a análise desses artigos não é o ponto central do estudo.

Para aprofundamento da análise dessas políticas, realizou-se a consulta delas na íntegra em websites governamentais brasileiros, como Planalto, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Senado Federal, Câmara dos Deputados, Ministério da Previdência e Assistência Social.

Os dados foram analisados com embasamento na análise de conteúdo¹⁵, sendo realizada leitura exaustiva das políticas assinaladas nos artigos e a apreensão de diferenças e de pontos comuns, destoantes e/ou complementares entre elas, no que se refere ao direito da pessoa idosa ao trabalho decente e à promoção da inserção e manutenção dela no trabalho.

RESULTADOS

Em 1988, instituiu-se a Constituição Federal (CF)¹⁶, que assegurou à pessoa idosa o direito à vida e à cidadania. A CF trata do trabalho para a população em geral, afirmando que este se configura como um direito social, havendo a proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

Em 1994, criou-se a Política Nacional do Idoso (PNI) - Lei 8.842¹⁷. A PNI objetiva criar condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade por meio da implementação de ações em diversas áreas, dentre elas, o trabalho. Essa Política define que devem ser propostas ações governamentais que busquem garantir mecanismos que impeçam a discriminação da pessoa idosa quanto a sua participação no mercado de trabalho e que sejam criados programas de preparação para aposentadoria.

Posteriormente, instituiu-se a Política Estadual do Idoso (PEI) – Lei Estadual 9.892, de 1997 (São Paulo/SP), revogada pela Lei 12.548, de 2007¹⁸, que visa garantir as condições necessárias à pessoa idosa para continuar seu pleno exercício de cidadania. A PEI sugere o estímulo de prestação de serviços de laborterapia e terapia ocupacional e de programas de trabalho voluntário à pessoa idosa e de preparação para a aposentadoria. Também recomenda a oferta de capacitação e reciclagem profissional com vistas à inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho, evitando qualquer tipo de discriminação.

Em 2003, instituiu-se o Estatuto do Idoso (EI) - Lei 10.741¹⁹, que ampliou os direitos previstos na PNI, inclusive no que se refere ao trabalho. No EI consta que a profissionalização e trabalho são direitos fundamentais das pessoas idosas, devendo ser respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas no exercício profissional. Esse Estatuto expõe que é vedada a discriminação na admissão das pessoas idosas em qualquer trabalho e que será dada preferência àqueles de idade mais elevada em caso de empate em concurso público. Também sugere

o estímulo às empresas privadas para admissão de pessoas idosas e a criação de programas de preparação para a aposentadoria e de profissionalização para essa população, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas.

Em 2006, houve a promulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – Portaria 2.528²⁰, que objetiva recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, através de medidas coletivas e individuais de saúde. A PNSPI propõe a implementação de

medidas para a preparação para a aposentadoria, para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho, para a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades e para o levantamento das pessoas idosas aposentadas que retornaram ao trabalho a fim de identificar as condições em que atuam, de forma a coibir abusos e explorações.

As proposições das políticas relacionadas ao trabalho para as pessoas idosas foram categorizadas e apontadas no Quadro 1.

Quadro 1. Relação entre as proposições relacionadas ao trabalho e as políticas direcionadas às pessoas idosas.

Políticas Proposições	Política Nacional do Idoso (PNI)	Política Estadual do Idoso (PEI)	Estatuto do Idoso (EI)	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)
I. Criação de condições de trabalho às pessoas idosas				X
II. Impedimento da discriminação e estímulo da contratação da pessoa idosa	X	X	X	X
III. Educação continuada às pessoas idosas-		X	X	
IV. Aposentadoria	X	X	X	X
V. Trabalho como escolha		X		

DISCUSSÃO

Inicialmente, de 1974 até 1994, as ações governamentais voltadas às pessoas idosas tinham cunho assistencial ou situavam-se dentro de políticas mais amplas²¹. Em 1994, foi criada a PNI, que gerou um avanço na legislação, uma vez que se tratava da primeira política específica à essa população, que não possuía cunho assistencial e que buscava assegurar os direitos sociais da pessoa idosa em diversos âmbitos da vida. A partir dela, outras políticas foram sendo implementadas. Dentre elas, o EI também foi um marco para as propostas direcionadas às pessoas idosas, considerando a abrangência das questões relativas a elas.

Na medida em que as políticas públicas foram sendo criadas, passaram a incluir deliberações

voltadas a assegurar os direitos das pessoas idosas nos diversos âmbitos da vida, inclusive no que concerne ao trabalho. Assim, essa população deixou de ser agente passivo dessas políticas e vem ganhando, cada vez mais, protagonismo perante a sociedade.

O fato das políticas considerarem o trabalho da pessoa idosa é um progresso, já que este não foi conjecturado em legislações anteriores, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)²² - Decreto-lei nº 5.452, de 1943. Essa última não apresenta disposições sobre o trabalho para esta faixa etária, embora apresente sobre a proteção do trabalho da mulher, por exemplo.

As recomendações apresentadas estão em consonância com algumas das propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS)²³ para o

Envelhecimento Ativo, que se refere ao processo de envelhecer buscando melhorar a qualidade de vida. Segundo essa organização, a manutenção das pessoas idosas no trabalho pode ser um indicativo e elemento promotor de saúde e qualidade de vida da população. Assim, sugere a participação dinâmica das pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho e voluntariados, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades.

Deste modo, a OMS²³ recomenda ações que propiciem o aprendizado permanente, a difusão da imagem positiva do envelhecimento e a redução da pobreza. No que se refere ao trabalho formal, sugere que sejam implementados programas e políticas que permitam a participação das pessoas idosas no mercado de trabalho. Cita como exemplo a eliminação da discriminação de idade na contratação e a conservação de trabalhadores mais velhos nas empresas.

I. Criação de condições de trabalho às pessoas idosas

A introdução de inovações tecnológicas, a terceirização dos serviços, o aumento de relações informais de emprego e as mudanças na organização do trabalho têm gerado o aumento das exigências laborais e de produtividade. Estes podem ser verificados por meio do aumento do ritmo de trabalho e da carga de responsabilidade, da redução dos intervalos de descanso e extensão nas jornadas de trabalho, do crescente subemprego, entre outros^{6,13,24}.

Contextos de trabalho como esses podem originar o desencadeamento de respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais nos trabalhadores de todas as idades, com possibilidade de diminuição da capacidade para o trabalho, surgimento de doenças/sintomas e aposentadoria ou afastamento por invalidez¹⁰.

Contudo, os trabalhadores idosos podem ser mais suscetíveis a problemas de saúde em decorrência da senescência e ao fato de que as doenças relacionadas ao trabalho são um processo cumulativo e progressivo que podem levar anos para se manifestarem^{10,12}.

Deste modo, a adequação das condições e organização do trabalho são indispensáveis para se promover a saúde e qualidade de vida, bem como a inclusão e permanência da pessoa idosa no trabalho. Essa adequação pode ser desde a inclusão digital, muitas vezes, considerada uma barreira específica para as pessoas idosas até a adequação das relações do trabalho, indispensável aos trabalhadores de todas as idades^{9,12}.

Embora a adequação das condições e organização do trabalho seja uma recomendação essencial, ela ainda é pouco abordada nas políticas direcionadas à pessoa idosa, tendo sido mencionada apenas na PNSPI²⁰. No entanto, essa política não apresenta indicações de quais devem ser essas condições e não abordam a questão organizacional das empresas. Portanto, esse é um ponto relevante que deve ser aprimorado.

II. Impedimento da discriminação e estímulo da contratação da pessoa idosa

Os contextos supracitados tendem a gerar um mercado ainda mais competitivo em que, muitas vezes, a pessoa idosa sofre desvantagens²⁴. Nota-se que o desemprego afeta, com maior frequência, esses trabalhadores, que são substituídos pelos mais jovens, por serem considerados com maior capacidade de produção e como custos inferiores^{4,9}.

Além disso, muitas vezes, as pessoas idosas são consideradas com o desempenho limitado, especialmente em atividades com altas exigências físicas ou caracterizadas por rápidas mudanças tecnológicas^{9,24}. Ainda que os estudos afirmem que o envelhecimento não é sinônimo de menor produtividade, atribuem-se estereótipos negativos à pessoa idosa por considerar que o envelhecimento se refere somente a um processo de degeneração. Assim, nota-se que o ageísmo se torna presente, desfavorecendo a inserção e manutenção da pessoa idosa no mercado de trabalho^{2,25}.

Estudos indicam que a discriminação com as pessoas idosas pode resultar tanto na sua não contratação como na sua dispensa e, por isso, é necessário combater os estereótipos negativos que

podem levar à exclusão dos trabalhadores idosos^{2,26}. Neste sentido, é importante a implementação de medidas que impeçam a discriminação e privilegiem as pessoas idosas nas contratações de empresas públicas e privadas, já que essa pode ser uma forma de balancear a competitividade do mercado de trabalho e combater o estigma sobre da pessoa idosa. Esta medida é reconhecida por todas as políticas que aqui foram estudadas.

III. Educação continuada às pessoas idosas

Por conta dos estereótipos, os trabalhadores idosos, frequentemente, tendem a ser considerados obsoletos, menos produtivos, resistentes às mudanças e desmotivados. Isso gera falta de interesse por parte das empresas em investir nesses trabalhadores, pois pouco se acredita no retorno desses custos⁹.

Estudos demonstram que as pessoas idosas recebem menos incentivos, como ofertas de participação em programas de educação permanente e continuada, do que os outros grupos etários¹⁰. Este fator poderia explicar parte da desvantagem sofrida pelas pessoas idosas no mercado de trabalho, visto que o potencial de produtividade pode ser prejudicado pelas habilidades menos exploradas e/ou não atualizadas que poderiam ser corrigidas por meio de programas educacionais⁹.

Além disso, esses programas podem ter uma importância ainda maior para as pessoas idosas ao considerar que eles podem ter declínios cognitivos decorrentes do processo de envelhecimento^{3,9}. Desta maneira, como apontado pela PEI¹⁸ e pelo EI¹⁹, os programas de capacitação e reciclagem profissional podem contribuir para a inserção e manutenção da pessoa idosa no mercado de trabalho²⁴. O EI¹⁹ também sugere que os potenciais das pessoas idosas sejam aproveitados para atividades de trabalho. Assim, as potencialidades dos trabalhadores idosos devem ser balanceadas com as dificuldades para a realização do trabalho.

Evidentemente, cada trabalhador possuirá diferentes potencialidades para o trabalho. Contudo, de uma forma geral, um dos principais pontos fortes dos trabalhadores idosos está relacionado ao seu

saber-fazer, ou seja, o conhecimento decorrente da experiência prática ou técnica acumulada ao longo dos anos de trabalho^{6,12}.

Para além do saber-fazer, compreende-se que o envelhecimento pode favorecer os trabalhadores através do desenvolvimento de outras habilidades, como: diligência, independência, lealdade a empresa, conhecimento empírico e específico sobre a empresa, habilidades gerenciais, pensamento crítico e julgamento, comunicação, responsabilidade e competência social e sensibilização para segurança e qualidade no trabalho^{2,9,24}.

Por isso, novamente, enfatiza-se a importância de adequações na organização do trabalho para que estas aproveitem as habilidades das pessoas idosas e minimizem os declínios¹². Além disso, os trabalhadores mais jovens, geralmente, apresentam outros tipos de habilidades, como facilidade para lidar com novas tecnologias, vontade de aprender, saúde e vigor físico. Desta forma, a troca de experiência entre os trabalhadores de diferentes idades pode ser positivo para as empresas, na medida em que há um maior leque de habilidades a serem aproveitadas².

IV. Aposentadoria

A interrupção das atividades de trabalho poderá ser vivenciada de diferentes formas por cada pessoa. Entretanto, estudos indicam que a aposentadoria pode significar mais do que o rompimento com o trabalho, envolvendo crises identitárias, sentimentos confusos e ambivalentes, que mobilizam ansiedade, alternâncias de humor, doenças psicossomáticas e medos diversos. Desta maneira, programas de preparação para a aposentadoria podem facilitar esse processo se a pessoa puder se preparar ainda quando estiver em atividade laboral^{27,28}.

A implementação de programas de preparação para aposentadoria foi abordada por todas as políticas analisadas neste estudo. Esses programas podem ser importantes para aqueles que estão próximos de se aposentar, dado que a interrupção do trabalho pode gerar uma ruptura no cotidiano e esses programas podem auxiliar as pessoas idosas em projetos de vida⁷.

V. Trabalho como escolha

Considera-se que faltou uma maior clareza acerca deste item nas políticas analisadas. Entretanto, compreendeu-se que os programas de trabalho voluntário e de prestação de serviços de laborterapia e terapia ocupacional propostos pela PEI¹⁸ são uma forma de trabalho alternativo, que a pessoa idosa realiza por interesse/escolha e não como um trabalho formal que é realizado por uma necessidade, por exemplo, econômica.

Frequentemente as pessoas idosas são aposentadas. A aposentadoria pode tanto gerar dificuldades em ocupar o tempo que era utilizado para o trabalho, como gerar isolamento advindo da falta de contato com os colegas e com o ambiente de trabalho. Ao mesmo tempo, a aposentadoria pode possibilitar o desenvolvimento de novos trabalhos alternativos e hobbies²⁶.

Assim, essas propostas da PEI podem contribuir para responder às questões supracitadas oriundas da aposentadoria ou servir como um complemento às atividades que a pessoa idosa realiza, especialmente ao considerar que esta pessoa atribui um significado positivo ao trabalho⁷.

Se o trabalho tem relevância para a pessoa idosa por uma questão de ganho financeiro, o trabalho voluntário não faz sentido. Se a pessoa idosa deseja manter-se trabalhando para se sentir útil ou para manter relações sociais, possivelmente, esse mesmo trabalho passa a fazer sentido.

Cabe pontuar que a OMS considera que o trabalho voluntário deve ser reconhecido e oportunizado às pessoas idosas^{1,23}. Além disso, há a indicação de que a terapia ocupacional pode contribuir para a inserção e permanência das pessoas idosas em diversas atividades cotidianas, dentre elas, o trabalho²⁹.

Por fim, cabe citar que este estudo tem como limitação abordar o tema das políticas públicas e o trabalho para a pessoa idosa de forma abrangente,

sem a possibilidade de considerar casos singulares e com o risco das proposições feitas aqui não estarem em consonância com determinados grupos de trabalhadores idosos. Por um lado, essa abrangência possibilita um panorama geral das propostas relacionadas ao trabalho para a pessoa idosa nas políticas públicas brasileiras. Por outro lado, traz uma limitação ao aprofundamento da temática abordada, gerando determinada superficialidade ao estudo.

CONCLUSÃO

As políticas públicas brasileiras direcionadas às pessoas idosas foram aprimorando, ao longo do tempo, a abordagem quanto ao trabalho decente e à promoção da inserção e manutenção da pessoa idosa nesse trabalho. Isso ocorreu através de proposições voltadas à proteção dos direitos e estímulo ao trabalho para as pessoas idosas.

Nota-se que a PNI, primeira política voltada especificamente para a pessoa idosa, tratou da área do trabalho de forma mais introdutória, propondo ações voltadas apenas ao combate da discriminação e preparo para a aposentadoria. As políticas seguintes (PEI, EI e PNSPI) mantiveram essas recomendações e acrescentaram outras, como a criação de programas de educação continuada, que estimulem as empresas a admitirem as pessoas idosas e a oferta de outros tipos de trabalho, como o trabalho voluntário. Além disso, também houve a sugestão de criação de condições de trabalho às pessoas idosas

Acredita-se que essas propostas podem contribuir para o trabalho decente e para a inserção e manutenção da pessoa idosa nesse trabalho. Entretanto, ainda faltam melhores avanços e esclarecimentos acerca das diretrizes e recomendações relacionadas ao trabalho para as pessoas idosas, evidenciando-se a importância dos contextos de trabalho, considerando as condições e organizações que impactam na possibilidade de inserção e manutenção da pessoa idosa no trabalho³⁰.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Active Ageing: a Police Framework. Genebra: WHO; 2002 [acesso em 15 maio 2020]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
2. França LHFP, Siqueira-Brito AR, Valentini F, Vasques-Menezes I, Torres CV. Ageísmo no contexto organizacional: a percepção de trabalhadores brasileiros. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(6):765-77.
3. Raymundo TM, Castro CSS. Análise de um programa de treinamento de trabalhadores mais velhos para o uso de tecnologias: dificuldades e satisfação. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(5):e190039.
4. Paolini KS. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. *Rev Bras Med Trab.* 2016;14(2):177-82.
5. Queiroz VS, Ramalho HMB. A Escolha ocupacional dos idosos no mercado de trabalho: evidências para o Brasil. *EconomiA.* 2009;10(4):817-48.
6. Lancman S, Sznelwar LI, Jardim TA. Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Rev Ter Ocup.* 2006;17(3):129-36.
7. Ladeira MM, Costa DVF, Ferreira VCP, Nascimento RP, Costa MPC. Significado do trabalho para o idoso: um estudo exploratório. *Rev Vianna Sapiens.* 2017;8(1):71-102.
8. Brasil. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. *Diário Oficial da União.* 13 nov. 2019.
9. Neri AL. Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. *Terceira Idade.* 2002;13(24):7-27.
10. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(sup.1):1553-61.
11. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: WHO; 2015 [acesso em 08 maio 2020]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
12. Sato AT, Barros JO, Jardim TA, Ratier APP, Lancman S. Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(10):e00140316.
13. Morosini MVGC. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trab Educ Saúde.* 2016;14(Supl. 1):5-7.
14. Organização Internacional do Trabalho. Trabalho Decente. Genebra: OIT; 1999 [acesso em 29 julho 2020]. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasilia/temas/trabalho-decente/lang--pt/index.htm>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
16. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União.* 05 out. 1988.
17. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 05 jan. 1994.
18. São Paulo. Lei nº 12.548, de 27 de fevereiro de 2007. Consolida a legislação relativa ao idoso. Assessoria Técnico-Legislativa. 27 fev. 2007.
19. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 13 out. 2003.
20. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União.* 20 out. 2006.
21. Braga SFM, Guimaraes LVM, Silveira RB, Calbino D. As Políticas Públicas para os Idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. *Diálogos Interdiscipl.* 2016;5(3):94-112.
22. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União.* 01 maio 1943.
23. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: OPAS; 2005.
24. Teixeira RM, Andrade VLP. O idoso na busca por um lugar no mercado de trabalho. *Cad Psicol.* 2019;1(2):515-35.
25. Linhares LP, Aguiar CVN. Idoso no trabalho: a representação social de profissionais de recursos humanos. *Rev Psicol Saber.* 2019;8(13):59-75.
26. Camarano AA, Carvalho DF, Kanso S. Saída precoce do mercado de trabalho: aposentadoria ou discriminação? *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(9):1-10.

27. Pazzim TA, Marin A. Programas de preparação para aposentadoria: revisão sistemática da literatura nacional. *Rev Bras Orientaç Prof.* 2016;17(1):91-101.
28. Figueira DAM, Haddad MCL, Gvozd R, Pissinati PSC. A tomada de decisão da aposentadoria influenciada pelas relações familiares e laborais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(2):206-13.
29. Lancman S, Barros JO, Jardim TA. Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais. *Rev Ter Ocup.* 2016;27(2):101-8.
30. Rios MA, Vilela ABA, Nery AA. O trabalho e a saúde de açougueiros idosos: relato de casos em um mercado municipal. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(5):643-9.



Atenção Nutricional à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde, sob a ótica de profissionais de saúde

Nutritional Care for older adults in Primary Health Care, from the perspective of health professionals

Carolina Lou de Melo¹

Maria Angélica Tavares de Medeiros²

Resumo

Objetivo: caracterizar e analisar a Atenção Nutricional (AN) à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS), identificando como se realiza e as concepções que permeiam as ações de alimentação e nutrição (A&N). **Método:** estudo transversal, quanti-qualitativo, realizado na APS de Santos SP, Brasil, em duas etapas. i) correspondeu a um estudo censitário das unidades de saúde, N=28 (100%), com participação de gestores de todos os serviços, mediante respostas a instrumento estruturado para diagnóstico da AN. Analisaram-se descritivamente os dados. ii) consistiu no aprofundamento desse diagnóstico, utilizando entrevista semiestruturada com informantes-chave (entrevistados) do cuidado às pessoas idosas; ser nutricionista não foi um critério, pois havia três para toda a APS e uma das regiões de saúde estudadas não contava com esse profissional. Utilizou-se o conceito de saturação teórica para o plano amostral; realizou-se análise de conteúdo e as inferências pautaram-se em referenciais teóricos de integralidade e envelhecimento. **Resultados:** A AN à pessoa idosa destacou-se pela predominância de atendimento individual nas 28 (100%) unidades estudadas; em apenas nove (32,1%) destas havia participação de nutricionista. Atingiu-se a saturação teórica temática com nove informantes-chave. As ações de AN revelaram-se genéricas, orientadas à assistência às doenças, inexistindo planejamento, segundo demandas dos territórios. Os entrevistados vincularam aspectos negativos ao envelhecimento e identificaram o seu papel como de transmissores de conhecimento, cabendo à pessoa idosa aplicá-lo. **Conclusão:** As ações de AN orientaram-se pelo paradigma biomédico, eram fragmentadas, restritas ao manejo de doenças, imputando exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade pelo próprio cuidado. Assim, a AN afastou-se da promoção de envelhecimento saudável, enfraquecendo seu caráter estratégico para o alcance da integralidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Política Nutricional. Ciências da Nutrição. Integralidade em Saúde. Envelhecimento.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, Santos, São Paulo, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Instituto de Saúde e Sociedade, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. Santos, São Paulo, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

As autoras declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Maria Angélica Tavares de Medeiros
angelica.medeiros@unifesp.br

Recebido: 01/06/2020

Aprovado: 05/10/2020

Abstract

Objective: to characterize and analyze Nutritional Care (NC) for older adults in Primary Health Care (PHC), identifying how food and nutrition actions (F&N) were performed and the conceptions that guided them. **Methods:** a cross-sectional, quantitative and qualitative study was performed in PHC in Santos, São Paulo, Brazil, in two phases: i) a census study was carried out of health units, N=28 (100%), with managers who answered a structured interview to assess NC; followed by descriptive analysis. ii) a deeper investigation of this diagnosis was performed, using semi-structured interviews with key informants (interviewees) of care for older adults; being a nutritionist was not a criteria, as there were only three such professionals throughout the entire PHC, and one of the health regions studied was not served by a nutrition professional. The concept of theoretical saturation was used for the sampling plan; content analysis was carried out and the inferences were supported by references of integrality and aging. **Results:** NC for older adults was highlighted by individual care, predominant in all the services studied (28) (100%); nutritionists participated in this activity in just nine units (32.1%). Theoretical saturation was achieved with nine interviews. According to the discourse analysis, F&N actions were generic, focused on the treatment of diseases, influenced by negative aspects attributed to aging, there was no planning based on the needs of the territory, and health professionals identified themselves as information transmitters, leaving the responsibility of acting on such information to the older adults themselves. **Conclusion:** F&N actions were guided by the biomedical paradigm, fragmented, restricted to disease management, imputing the responsibility for health to the individual themselves. Thus, NC distanced itself from the promotion of healthy aging, weakening its strategic role in the quest for integrated care.

Keywords: Primary Health Care. Nutrition Policy. Nutritional Sciences. Integrality in Health. Aging.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado um desafio mundial aos sistemas de saúde^{1,2} e a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ recomenda o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) para promoção de envelhecimento saudável, pela capacidade resolutiva desse ponto de atenção³.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁴ se propõe a efetivar uma atenção integral, coordenada pela APS, articuladamente à Rede de Atenção à Saúde⁵ (RAS). Entretanto, evidências apontam fragilidades na integralidade do cuidado, dadas por: dificuldade de acesso aos serviços, baixa qualidade na assistência e ausência de profissionais com formação em geriatria e gerontologia, prevalecendo ações pontuais, voltadas à assistência a agravos⁶⁻⁸.

Uma das estratégias para enfrentar tal quadro e aprimorar a resolubilidade da APS na promoção de envelhecimento saudável é a Atenção Nutricional⁹ (AN), orientada às especificidades deste grupo,

prevista na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)¹⁰. A AN, em conjunto com outras medidas, poderia fomentar uma qualificação dos serviços agindo na prevenção de morbidades classificadas como condições sensíveis à APS¹¹, a exemplo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que representam importante carga de doenças na população idosa².

A PNAN¹⁰ apoia-se na melhoria das condições de alimentação e nutrição (A&N), conforme especificidades individuais e coletivas, em ações interdisciplinares e intersetoriais, para promover saúde e prevenir agravos. Um planejamento do cuidado à pessoa idosa, nessa perspectiva, tem potencial para superar fragilidades da atenção, incidir sobre a preservação e/ou recuperação funcional e favorecer um envelhecimento saudável, digno e autônomo¹².

Embora reconhecida a potencialidade da AN à população idosa, registram-se poucos estudos tematizando o seu papel na APS¹³. Há lacunas na identificação de fatores intervenientes nas ações de

A&N, sobretudo no que concerne ao planejamento e à gestão das ações¹⁴ ou ao cotidiano dos serviços, assumindo-se que é na micropolítica dos processos de trabalho que as concepções de saúde-doença-cuidado e envelhecimento se configuram¹⁵.

Segundo Beauvoir¹⁶ e Debert¹⁷, a maneira como a sociedade concebe o envelhecimento associa-se ao processo histórico-social e influencia a dinâmica da vida, inclusive a atuação dos profissionais de saúde. Por esse motivo, tais estudiosas foram escolhidas como referencial teórico deste estudo, à luz da integralidade da atenção¹⁸, princípio presente na PNSPI⁴ e na PNAN¹⁰.

Esta pesquisa teve por objetivos caracterizar e analisar a AN à população idosa na APS, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, para identificar o modo como se realiza e as concepções que pautam as ações de A&N para este grupo etário.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, com desenho quanti-qualitativo, conduzido na APS do município de Santos (SP), Brasil.

A abordagem quantitativa aconteceu em 2014, em estudo censitário de diagnóstico das ações de A&N na APS, mediante entrevistas a gestores da totalidade das unidades de saúde N=28 (100%) das quatro regiões de saúde do município de Santos, o qual sedia o maior porto marítimo da América Latina e se destaca como relevante polo econômico da Região da Baixada Santista, com elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH=0,84). Cidade predominantemente urbana possui, aproximadamente, 433.000 habitantes, com uma população idosa de 19,2%, taxa superior à nacional 11%¹⁹.

Para as entrevistas, realizadas nas unidades, selecionaram-se bolsistas de pesquisa, que receberam treinamento. O material coletado foi conferido por coordenadora de campo para eventual complementação de informações. As variáveis utilizadas para caracterizar a AN à pessoa idosa foram: tipos de ações de A&N (individual, educativas, visitas domiciliares); profissionais responsáveis

pelos mesmos e inserção de nutricionistas na APS. Realizou-se análise descritiva desses dados.

A abordagem qualitativa aconteceu em 2016, a coleta de dados foi realizada pela autora deste estudo (então, aluna de mestrado), para aprofundar o exame dos achados censitários e compreender o contexto da AN à pessoa idosa. Contemplando as mesmas regiões de saúde da etapa anterior, solicitou-se aos gestores a indicação de um profissional por serviço, com experiência mínima de dois anos na atenção à pessoa idosa e que realizasse ações de A&N. Tais informantes-chave facultaram a obtenção de dados para desvendar o cotidiano dessas ações. A formação em Nutrição não foi um requisito, pois uma das regiões não era assistida por nutricionista.

Para o planejamento amostral dessa etapa, assumiu-se o conceito de saturação teórica, procedimento adotado em pesquisas qualitativas, como indicativo para a interrupção da coleta de dados, quando as informações fornecidas adquirem caráter de um corpo único com qualidade satisfatória, não aparecendo novos temas de análise para a investigação²⁰. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas a partir de roteiro composto por três categorias centrais na organização da AN: 1) planejamento e gestão do cuidado em saúde à pessoa idosa; 2) AN à pessoa idosa e 3) concepções sobre envelhecer e ser velho. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas *ipsis verbis*. Para assegurar a confidencialidade, os entrevistados foram identificados com nomes de flores.

Para apoiar o trabalho, reflexões de uma das pesquisadoras sobre a experiência no campo foram registradas em diário de campo, ferramenta que permite diálogo com os referenciais da pesquisa²¹.

Os dados foram organizados em conformidade com a análise de conteúdo proposta por Bardin²². Para cada uma das categorias do roteiro de entrevistas obtiveram-se núcleos temáticos resultantes da leitura flutuante e exaustiva das mesmas. As inferências e interpretações tiveram suporte nos referenciais de integralidade¹⁸ e socioantropológico de envelhecimento^{16,17}, sob o espectro da PNAN¹⁰ e PNSPI⁴.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, parecer nº 1.517.363, e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos (SP), de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do censo os gestores das 28 unidades de APS, sendo: 20 enfermeiros, três dentistas, dois assistentes sociais, dois psicólogos e um farmacêutico. Como gestores, esses profissionais tinham por responsabilidade organizar e planejar os processos de trabalho, analisar demandas e necessidades dos serviços, inclusive aqueles relacionados à Atenção Nutricional. O relato dos

gestores permitiu identificar que a AN à pessoa idosa organizava-se, nas unidades de APS, em diferentes modalidades de ações (Tabela 1).

Nas unidades de saúde, as ações de A&N eram realizadas por distintos profissionais e a participação de nutricionistas ocorria em apenas nove (32,1%), conforme Tabela 2. Para toda a APS do município havia somente três nutricionistas, que se revezavam entre três das quatro regiões de saúde.

Atingiu-se a saturação teórica temática com nove entrevistas. Entre os informantes-chave entrevistados, havia cinco médicos, dois enfermeiros, uma agente comunitária de saúde (ACS) e uma técnica de enfermagem. Não houve indicação de nutricionista como referência no cuidado à pessoa idosa, embora a temática envolvesse AN. Na Tabela 3 expõe-se a configuração do processo de análise qualitativa.

Tabela 1. Distribuição percentual das modalidades de ações de Atenção Nutricional à pessoa idosa no conjunto das unidades de Atenção Primária à Saúde. Santos, SP, Brasil, 2014 (N=28).

Modalidades de ações nas unidades de Atenção Primária à Saúde	Frequência n (%)
Atendimento individual	28 (100)
Visitas domiciliares	22 (78,5)
Distribuição de folhetos	16 (57,1)
Grupos fixos	14 (50,0)
Atividades em sala de espera	06 (21,4)

Tabela 2. Profissional de saúde responsável pela Atenção Nutricional à pessoa idosa, segundo unidades de Atenção Primária à Saúde. Santos, SP, Brasil, 2014 (N=28).

Profissional responsável nas unidades de Atenção Primária à Saúde	Frequência n (%)
Médico	28 (100,0)
Enfermeiro	23 (82,1)
Técnico de enfermagem	20 (71,4)
Agente comunitário de saúde	20 (71,4)
Nutricionista	09 (32,1)
Assistente social	02 (7,1)

Tabela 3. Categorias, núcleos temáticos e unidades de registro para análise da Atenção Nutricional à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. Santos, SP, Brasil, 2016.

Categorias	Núcleos temáticos	Unidades de registro
Planejamento e gestão do cuidado em saúde à pessoa idosa.	Estrutura frágil compromete o planejamento e o sucesso do cuidado em saúde.	Inexistência de sistema de informações. Ausência de planejamento de ações. Capacitações insuficientes Insuficiência quantitativa de profissionais e por área de conhecimento.
	Influência dos determinantes sociais em saúde.	Condições socioeconômicas precárias. Baixo suporte social.
Atenção nutricional à pessoa idosa.	Concepções sobre alimento e dieta.	Alimentação é preditora de saúde. Alimento é remédio.
	Ações são genéricas e padronizadas.	Direcionadas às DCNT.
Concepções sobre envelhecimento e velhice.	Resultado do estilo de vida.	Construção de bons hábitos desde a infância. Conhecimento e motivação produzem bons hábitos.
	Papel do profissional de saúde no envelhecimento saudável.	Profissional de saúde é transmissor de conhecimento.
	Significados negativos sobre envelhecimento e velhice.	Envelhecimento como decadência. Velhice associada a doença.
		Infantilização da pessoa idosa.

Planejamento e gestão do cuidado em saúde à pessoa idosa

Os entrevistados indicaram como planejamento do cuidado aspectos da prática cotidiana em saúde. Isso se deve, provavelmente, à ausência de sistema de informação, sendo o prontuário em papel a principal fonte de dados. Os dados sociodemográficos eram registrados em formulários dos ACS e enviados à SMS. Inexistia um sistema que traduzisse esses dados em perfil de saúde da população idosa no território.

“Não tem, exatamente, a organização específica. Tem o prontuário que a gente faz [...] e vai acompanhando a cada consulta [...]. Na Secretaria de Saúde não tem nada voltado, especificamente, pra isso.” [Onze-horas].

Dados sobre condições de vida e saúde, coletados pelos ACS, tinham uso restrito à atualização do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia) do Ministério da Saúde e à identificação de demandas individuais durante busca ativa.

“[...] os agentes de saúde, que percorrem a área, identificam os idosos [...]. A gente convoca eles pra consulta de acordo com a necessidade.” [Ipê].

A gestão do cuidado à pessoa idosa era pautada por demandas cotidianas dos serviços. Os achados sugeriram privilégio à assistência às doenças em detrimento de ações planejadas segundo as necessidades de saúde. Os indivíduos que não apresentavam morbidade ou queixa dispunham de acompanhamento de saúde limitado.

“[...] pacientes que são hipertenso, diabético [...] como eles pegam medicação mensalmente [...] a gente acaba sabendo que eles tão fazendo acompanhamento [...]. Mas e aqueles que não são [...]?” [Flor-de-maio].

A assistência orientada na perspectiva da doença, e realizada fragmentadamente, reflete a dinâmica da esfera organizacional. As atividades de educação permanente, promovidas pela SMS, contemplavam o cuidado à pessoa idosa a partir da atenção às DCNT,

reforçando a associação entre velhice e doença. Além disso, evidenciou-se insuficiência de profissionais de diferentes áreas para compor as equipes.

“[...] a gente tem pouca capacitação relacionada à geriatria, que fale especificamente do cuidado com o idoso [...] a gente tem relacionada às doenças, não ao cuidado do idoso saudável.” [Ipê].

“[...] se tivesse um acompanhamento de psicólogos, de assistente social [...], a nutrição. Seria importante.” [Pau-brasil].

Os entrevistados expuseram dificuldades na atenção ao se depararem com indivíduos em vulnerabilidade socioeconômica e desprovidos de redes de apoio familiar ou da vizinhança. O baixo suporte social e a renda foram elencados como aspectos da vida das pessoas idosas que podem representar obstáculos à efetividade da prática profissional.

“[...] é muito difícil [...] pra esses idosos que moram sozinhos e que, muitas vezes, são acamados e que não têm ninguém pra olhar.” [Ipê].

Há limites na organização da atenção à pessoa idosa, quando esta se restringe a responder às demandas apresentadas ao serviço. Foram citadas estratégias para aprimorar a atenção, frente à necessidade de construir uma linha de cuidado para esse grupo.

“A integralidade, a família e não ver só o paciente, a doença do idoso. Ver os riscos do idoso, a prevenção nele é importante.” [Jacarandá].

Atenção nutricional à pessoa idosa

Os entrevistados reconheceram o papel da alimentação no cuidado em saúde da população idosa e a importância de individualizar as ações, segundo a realidade socioeconômica dos indivíduos.

“A dieta, pra mim, é uma das coisas mais importantes.” [Jacarandá].

“[...] eu não vou indicar que ela tenha um tipo de alimentação que eu sei que ela não vai ter

a possibilidade de manter financeiramente.” [Caliandra].

Embora os entrevistados tivessem apontado que a AN precisaria se ajustar ao contexto de vida das pessoas idosas, essa prática mostrou-se padronizada e genérica.

“[...] índice de massa corporal se o paciente já tem alguma doença preexistente”. [Manacá-da-Serra].

“[...] orientar uma alimentação mais saudável, mas de forma genérica”. [Onze-horas].

As ações de A&N eram direcionadas ao atendimento de DCNT, principalmente à hipertensão arterial e ao diabetes. Na concepção dos entrevistados os alimentos adquiriram a mesma funcionalidade de medicamentos e foram entendidos como bons ou ruins.

“A gente tem os grupos de hipertensão e diabetes [...] aí que a gente costuma orientar mais a parte nutricional.” [Ipê].

“Alimentação é voltada pra algum tipo de morbidade, né?!” [Caliandra].

As razões da limitação no entendimento do caráter das ações de A&N não se restringiram à atuação dos profissionais de saúde que, em geral, desprovidos de habilidade para realizar tais atividades, respondiam às demandas imediatas. Sensibilizados com as condições de saúde apresentadas pelas pessoas idosas, e com o incipiente número de nutricionistas para apoiar tais práticas, os profissionais buscavam alternativas para cuidar dos indivíduos e suprir tal lacuna.

“[...] tinha uma nutricionista [...] Mas depois ela tava grávida, saiu grávida e não voltou.” [Jacarandá].

“Eu fui atrás de umas dietas que tinha numa outra unidade que eu trabalhei e pedi pra tirar xerox! [...] Eu nem sei quem foi que fez. Em que momento elas foram feitas [...]” [Alamanda].

“A gente trabalha, pega e vai fazendo. Não há essa lógica de um exercício multiprofissional” [Onze-horas].

Concepções sobre envelhecer e ser velho

Para os entrevistados, envelhecimento saudável resulta também de bons hábitos alimentares ao longo da vida. A ideia da condicionalidade entre tempo e frequência sobressai e, se tais hábitos fossem cultivados desde a infância o indivíduo se tornaria saudável.

“Sua alimentação vai determinar (...) seu funcionamento orgânico”. [Onze-horas]

“Desde criança, você tem que preparar você para o envelhecimento. Um estilo de vida saudável com sessenta anos você não vai iniciar”. [Jacarandá].

Dois determinantes foram apontados pelos entrevistados para viabilizar esses bons hábitos: o conhecimento e a vontade individual. A combinação entre educação e motivação seria condição suficiente, nessa ótica, para tornar uma pessoa idosa saudável.

“[...] a educação é muito, muito, muito mais produtiva do que o investimento na saúde”. [Onze-horas].

“[...] não adianta você ter uma equipe maravilhosa de profissionais e ela (pessoa) não querer ser ajudada”. [Buganvílea].

Segundo os entrevistados, seu papel na promoção do envelhecimento saudável é transmitir conhecimento, como forma de assegurar que o usuário do serviço incorpore as orientações recebidas e as aplique em seu cotidiano.

“[...] o papel mais importante é proporcionar [...] ferramenta pra ele fazer (...). O dia que o paciente conhecer, (...) ele vai fazer.” [Jacarandá].

“Com essas palestras (...) explicar direitinho (...) as complicações de qualquer uma das doenças crônicas, né?” [Manacá-da-serra].

Para os entrevistados, envelhecer com saúde seria algo simples de equacionar e dependente do ímpeto pessoal. Contudo, as dificuldades que expuseram revelaram barreiras para tanto.

“Os idosos que moram sozinhos [...] a falta de recursos, a rede é super sobrecarregada, faltam profissionais [...]”. [Caliandra].

Outro fator que obstaculizaria um envelhecimento saudável seria a postura dos entrevistados em relação ao envelhecimento e à velhice. Os resultados demonstraram que as pessoas idosas não foram reconhecidas como sujeitos autônomos, nem a velhice como período da vida latente de vitalidade. Ao contrário, foram infantilizadas, tomadas como indivíduos passíveis de tutela.

“[...] o idoso é uma criança que já fala o que pensa”. [Jacarandá].

“Eles ficam bastante arredios, não querem obedecer”. [Pau-brasil].

Os entrevistados vincularam envelhecimento a decadência, doença, e velhice a estagnação e fragilidade.

“[...] já é uma população adoecida! [...] Você só tem que tratar, não tem mais o que fazer.” [Alamanda].

“[...] se não quer adoecer de alguma coisa, não envelheça.” [Onze-horas].

DISCUSSÃO

Poucos são os estudos que tematizam a nutrição e o envelhecimento na perspectiva da AN à pessoa idosa; registram-se evidências relativas ao perfil nutricional, ao consumo alimentar e aos agravos nutricionais, como demonstram revisões de literatura analisando as ações de alimentação e nutrição na APS brasileira^{13,23}. O caráter inovador desta investigação está na abordagem interdisciplinar, amparada no conceito da integralidade da atenção, defendendo uma AN qualificada como componente estratégico para a promoção de envelhecimento saudável.

A partir da caracterização e da análise da AN à pessoa idosa, identificou-se que as ações de A&N, antes de se basearem nas diretrizes da PNSPI⁴, da PNAN¹⁰ e nas recomendações internacionais¹,

moldavam-se por concepções traduzidas em comportamentos²⁴ dissonantes dos princípios das políticas públicas, desdobrando-se em problemas refletidos na organização da AN.

A carência de investimentos em infraestrutura, em educação permanente em geriatria e gerontologia e o deficitário contingente de força de trabalho^{3,25}, repercutiram no modo como as ações de A&N foram realizadas. A gestão do cuidado e a organização da AN à pessoa idosa moldaram-se pelo paradigma biomédico, eminentemente curativo e restrito às demandas de tratamento das doenças, em detrimento do atendimento às necessidades de saúde²⁶.

Faz-se necessário integrar a AN ao planejamento em saúde, como ferramenta capaz de incidir sobre uma dada realidade, desde que as ações sejam direcionadas ao cerne das questões²⁶. A ausência de diagnóstico situacional, apoiado em dados de vigilância em saúde, comprometeu o desenvolvimento das ações de A&N. A produção de informações baseada, unicamente, nos registros profissionais, no ato da assistência^{7,27}, mostrou-se insuficiente para apontar a magnitude dos problemas existentes e elucidar estratégias correspondentes às demandas dos territórios²⁸.

Um sistema de informações que conjugasse dados sociodemográficos e de saúde subsidiaria um diagnóstico situacional, fornecendo elementos para organizar, monitorar e avaliar a AN à pessoa idosa. Mas o alcance dessa premissa vincula-se à qualificação da força de trabalho e dos serviços²⁶.

O lapso de investimentos para ampliar o repertório dos profissionais de saúde, concernentes a geriatria e gerontologia¹, pode limitar o manejo do envelhecimento e o desenvolvimento de potencialidades durante a velhice^{4,7}. Tal fato pode ter contribuído para associar envelhecimento a signos negativos, trazidos pelos entrevistados, por exemplo, ao interpretar como rebeldia a reivindicação por autonomia, infantilizando a pessoa idosa e a considerando como passível de tutela, o que empobrece a ideia sobre velhice^{16,29}. Denota-se uma relação verticalizada, reforçada pelos informantes-chave, quando atribuíram aos profissionais de saúde o papel de transmissores de conhecimento.

Assim, as ações de A&N assumiram um caráter prescritivo, cabendo à pessoa idosa a motivação necessária para seguir as orientações recebidas^{16,17}. Entretanto, a transmissão de orientações em si pouco interfere sobre a mudança de estilos de vida, por mais que essas se pautem em estratégias motivacionais¹⁰. As práticas alimentares resultam de determinantes multifatoriais¹⁰ e, nessa teia, o ímpeto pessoal pode ser o fator com menor poder de influência na construção de práticas saudáveis, diferentemente da ótica dos informantes-chave.

A abordagem prescritiva é não dialógica³⁰ e normativa, subestimando aspectos materiais para a produção da vida e desconsiderando as subjetividades e a heterogeneidade nos modos de envelhecer, contrariamente aos princípios da integralidade^{8,17,18}.

Esse reconhecimento precisa se estender a todos os profissionais de saúde²⁷. Entretanto, é impossível negar a incipiente inserção de nutricionistas, na APS em estudo, limitando o escopo da AN^{25,26,31}. A despeito do caráter interdisciplinar desta, o profissional nutricionista dispõe de habilidades específicas para realizar as interlocuções entre as questões de A&N e os diversos componentes que envolvem o processo saúde-doença-cuidado³¹.

AN promotora de envelhecimento saudável exige atenção aos determinantes socioculturais, respeito à subjetividade e busca de autonomia de indivíduos e da coletividade^{10,32}. Os informantes-chave demonstraram compreensão sobre parte desses requisitos, pois reconheceram a influência do contexto de vida para envelhecer com saúde. Entretanto, suas práticas pouco incorreram sobre as necessidades de saúde relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado da população idosa^{3,26}.

Esse descompasso entre discurso e prática retrata a dificuldade de efetivar um sistema de saúde contra-hegemônico, conforme se observa na PNSPI⁴ e na PNAN¹⁰, defensor da saúde como um direito e da integralidade da atenção. Tal premissa se opõe à lógica estruturante do capitalismo neoliberal, cujas bases se assentam na defesa da saúde como mercadoria¹⁸, produto de investimento individual^{17,24}, na negação das contradições societárias e do papel das políticas públicas.

Assim, as ações de A&N à pessoa idosa restringiram-se ao atendimento das DCNT, consideradas estigma característico de velhice³. Nessa perspectiva, o enfrentamento às DCNT pode ter assumido uma pragmática de prevenção da velhice, sobretudo porque se atribuiu aos alimentos função análoga à dos medicamentos. Os alimentos contribuiriam para combater as doenças, conseqüentemente, postergar a velhice. A negação do envelhecimento transforma-se em uma tentativa de desnaturalizá-lo¹⁷.

Esse modo de realizar AN expõe a necessidade de superar o tratamento das questões alimentares e nutricionais pela lente restritiva dos nutrientes¹⁰, diante da complexidade que envolve o ato de comer³⁰. A contribuição da AN para um envelhecimento saudável distingue-se da defesa de atitudes moralizantes, que enxergam os indivíduos pelos tipos de alimentos que consomem²⁶. Essa ideia reforça a culpabilização da pessoa idosa sobre suas escolhas alimentares transferindo, exclusivamente, a ela a responsabilidade pelo seu envelhecimento. A isso, Debert¹⁷ nomeia como reprivatização da velhice; assim, possíveis limitações enfrentadas para construção de envelhecimento saudável são julgadas como descuido pessoal, minimizando a influência dos determinantes sociais de saúde.

Verificou-se que a AN à pessoa idosa, neste estudo, indispunha de ações planejadas, coordenadas e articuladas. Ações confinadas ao manejo das doenças, dificilmente, atuarão sobre o perfil de morbimortalidade da população idosa^{6,12,32,33}. Conseqüentemente, a AN à pessoa idosa caracterizou-se por ações pontuais e fragmentadas, com pouca capacidade de proposição de estratégias cujas orientações fossem o desenvolvimento de autonomia dos indivíduos que envelhecem, comprometendo, portanto, o alcance da integralidade do cuidado^{18,29,34}.

Este estudo possui limitações, pela sua regionalidade e transversalidade. Contingenciamento de recursos de fomento à pesquisa e escassez de tempo foram enfrentados, em momento de ataque à ciência, impossibilitando a escolha de métodos que permitissem observação e acompanhamento das ações de A&N nos serviços, conforme motivação inicial. Todavia, o mérito central da pesquisa está em trazer à tona a emergência de fomentar uma AN promotora de envelhecimento saudável, à luz das diretrizes nacionais do Sistema Único de Saúde, segundo o princípio da integralidade do cuidado.

CONCLUSÃO

Os apontamentos dos profissionais de saúde sobre o modo como era realizada a Atenção Nutricional à pessoa idosa, no município estudado, retrataram problemas relativos à organização e à gestão do cuidado. As ações de alimentação e nutrição nortearam-se pelo paradigma biomédico, eram fragmentadas, restritas ao manejo de doenças e influenciadas por concepções negativas de envelhecimento, imputando ao indivíduo a responsabilidade exclusiva pelo cuidado com a própria saúde. Segundo tal concepção, a Atenção Nutricional distanciou-se da promoção de envelhecimento saudável, enfraquecendo seu caráter estratégico para o alcance da integralidade.

Espera-se que este estudo inspire a realização de outras investigações, aprofundando as reflexões expostas e fornecendo evidências à gestão de políticas públicas para a construção de uma Atenção Nutricional qualificada à pessoa idosa, promotora do envelhecimento saudável, inserindo-se em uma linha de cuidado pautada na integralidade do cuidado.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The world report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 15 jan. 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
2. Chang AY, Skirbekk VE, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Diseases Study 2017. *Lancet Public Health* [Internet]. 2019 [acesso em 16 maio 2020];4:e159-67. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(19\)30019-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(19)30019-2.pdf)

3. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, da Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso em 13 maio 2020];54(6):1-14. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/165861/158742>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Saúde Legis*. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília, DF: OPAS; 2011. Capítulo 2, As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos; p. 61-83.
6. Nivestam A, Westergren A, Petersson P, Haak M. Factors associated with good health among older persons who received a preventive home visit: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [acesso em 16 maio 2020];20(688):1-7. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-020-08775-6>
7. da Motta LB, de Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 15 jun. 2015];27(4):779-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/17.pdf>
8. da Luz LA, Futino MI, da Luz EA, Martins GM, Barbosa EPM, Rocha LM. Avaliação das ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2012 [acesso em 15 jun. 2016];7(22):20-6. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/379/453>
9. Moura ALSP, Recine E. O nutricionista e o cuidado integral do indivíduo com excesso de peso na atenção básica. *Rev Nutr* [Internet]. 2019 [acesso em 16 mai 2020];32:e190008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v32/1678-9865-rn-32-e190008.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília, DF: MS; 2013 [acesso em 03 abr. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
11. Carlos MJ, Cavaletti ACL, Caldas CP. Hospitalization of the aged due to stroke: An ecological perspective. *Plos One* [Internet]. 2019 [acesso em 23 set. 2020];14(8):e0220833. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220833>
12. Schenker M, da Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso em 15 abr 2020];23(4):1369-80. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1369.pdf>
13. Canella DS, da Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 10 jul. 2017];18(2):297-308. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/02.pdf>
14. Pereira KCR, de Lacerda JT, Natal S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 28 ago 2017];33(4):e00208815. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00208815.pdf>
15. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus* [Internet]. 2012 [acesso em 03 set. 2017];6:151-63. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf
16. Beauvoir S. A velhice I: a realidade incômoda. Dantas HL, tradutora. Vol. 1. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1970. 313 p.
17. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Fapesp; 2004.
18. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS; 2009.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo: sinopse [Internet]. 2020 [acesso em 12 ago. 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/pesquisa/23/25207?tipo=ranking&indicador=25186>
20. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 12 ago. 2020];71(1):228-33. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
21. Weber F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? *Horiz Antropol* [Internet]. 2009 [acesso em 22 fev. 2016];32:157-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a07.pdf>
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto AL, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70; 2011.

23. Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [acesso em 12 ago. 2020];32(3):297-303. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.004>
24. Bauman Z, May T. *Aprendendo a pensar com a sociologia*. Werneck A, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 2010.
25. Shrimpton R, du Plessis LM, Delisle H, Blaney S, Atwood SJ, Sanders D, et al. Public health nutrition capacity: assuring the quality of workforce preparation for scaling up nutrition programmes. *Public Health Nutr* [Internet]. 2016 [acesso em 15 maio 2020];19(11):2090-2100. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S136898001500378X>
26. Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 07 maio 2020];32(3):e00164514. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/1678-4464-csp-32-03-e00164514.pdf>
27. Vitorino SAS, da Cruz MM, de Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 14 maio 2020];33(12):e00014217. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00014217.pdf>
28. dos Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 06 set. 2018];33(5): e00052816. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00052816.pdf>
29. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CA. A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [acesso em 22 abr. 2020];22(1):e180197. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n1/pt_1809-9823-rbgg-22-01-e180197.pdf
30. Botelho FC, Guerra LDS, Pava-Cárdenas A, Cervato-Mancuso AM. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 14 maio 2020];21(6):1889-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1889.pdf>
31. Neves JA, Zangirolani LTO, de Medeiros MAT. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. *Rev Nutr* [Internet]. 2017 [acesso em 10 set. 2018];30(4):511-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v30n4/1415-5273-rn-30-04-00511.pdf>
32. Mantovani EP, de Lucca SR, Neri AL. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 22 abr. 2020];19(2):203-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n2/1809-9823-rbgg-19-02-00203.pdf>
33. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 15 maio 2020];23(6):1929-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf>
34. Cervato-Mancuso AM, Vincha KRR, Santiago DA. Educação alimentar e nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso em 10 ago. 2017];26(1):225-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00225.pdf>



Velhice, trabalho e saúde do trabalhador no Brasil: uma revisão integrativa

Elderly, work and worker health in Brazil: an integrative review

Priscila de Freitas Bastos Pazos¹ 
Renato José Bonfatti² 

Resumo

Objetivo: Discutir a relação entre a velhice, o trabalho e a saúde do trabalhador no Brasil, a partir de produções científicas brasileiras obtidas de uma revisão integrativa. **Método e resultados:** Definidos uma pergunta norteadora e critérios para a busca, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). No total de 341 produções encontradas, 10 foram selecionadas após verificação dos critérios de inclusão e exclusão para esta revisão. **Conclusão:** Além da incipiência em estudos que relacionem trabalho, idoso e saúde do trabalhador, foi identificada, através das pesquisas, a baixa efetividade das políticas públicas no âmbito do direito ao trabalho para os idosos no Brasil, levando em consideração sua saúde. Portanto, aponta-se a necessidade de desenvolvimento futuros estudos e discussões sobre esses temas, de modo a promover a criação de políticas públicas complementares de incentivo à participação ao trabalho da população idosa com a adoção de medidas de atenção à saúde do trabalhador idoso no Brasil.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Saúde do Idoso. Trabalho. Saúde do trabalhador. Políticas Públicas.

Abstract

Objective: To discuss the relation between old age, work and the worker health in Brazil, from Brazilian scientific productions collected by means of an integrative review. **Method and results:** once defined a guiding question and search criteria, a research was conducted in databases of the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and the Digital Brazilian Library of Thesis and Dissertations (BDTD). From 341 productions found, 10 of them were

Keyword: Aging. Health of the Elderly. Work. Occupation Health. Public Policies.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Correspondência/Correspondence
Priscila de Freitas Bastos Pazos
email: prisfbastos@gmail.com

Recebido: 01/07/2020
Aprovado: 30/12/2020

selected, after verification of the inclusion and exclusion criteria for this review. *Conclusion:* Besides the incipency of studies which relate work, elderly and worker health, throughout this research it was identified the low effectiveness of the public policies in the scope of work rights to elderly people in Brazil, taking into account their health. Therefore, it is highlighted the need for developing future studies and discussions on these themes, in order to promote the formulation of complementary public policies for improvement of the presence in work of elderly people with the adoption of actions aiming at attention to health of elderly workers in Brazil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem ocasionado grandes mudanças socioeconômicas em todo o mundo, incluindo países em desenvolvimento como o Brasil¹. Nesse processo de transição demográfica, uma questão que tem impactado as economias é a inserção ou permanência do idoso no mercado de trabalho². Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³, em 2018 o contingente de idosos no mercado de trabalho brasileiro estava na faixa de 7,2% dos trabalhadores ocupados, o que representava aproximadamente 7,5 milhões de idosos na força de trabalho. No mesmo ano, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), através da pesquisa Boletim de Mercado de Trabalho⁴, mostrou uma análise dos anos de 2013 a 2018, onde foi notável a permanência do idoso no trabalho no Brasil, mesmo em período de crise econômica.

Embora a população idosa trabalhadora ainda se apresente em menor proporção quando comparada à população de trabalhadores jovens e adultos, desde o terceiro trimestre de 2016, a proporção da população ocupada com mais de 60 anos é a que mais cresce. Os últimos dados mostram um aumento de 7,8% de pessoas ocupadas nessa faixa etária entre os segundos trimestres de 2017 e 2018, enquanto que em mesmo período a dos mais jovens, entre 18 e 24 anos, mostra um decréscimo de 0,7%, a de 25 a 39 anos manteve-se estável e a de 40 a 59 anos, um aumento de 1,9%⁴.

A continuidade dos idosos brasileiros em atividades de trabalho vem associada não só às condições financeiras, como, por exemplo, para complemento da aposentadoria ou para auxílio na

renda familiar, mas também a necessidade de se manterem ativos e sociáveis através do trabalho⁵. A atividade laboral favorece a criação de uma identidade própria do sujeito, que englobam a autoestima e a percepção de utilidade⁵. Além disso, na atual conjuntura nacional, a permanência do idoso no trabalho está ainda mais em evidência com a nova previdência pública brasileira, que eleva consideravelmente a idade mínima de aposentadoria do trabalhador⁶.

A temática em questão é destacada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde⁷ de 2015, referindo-se à empregabilidade da pessoa idosa como uma forma de contribuição para o envelhecimento ativo. Ademais, em 2016, no livro “Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões”⁸ publicado pelo IPEA, especificamente no capítulo 9, que trata da relação entre o idoso e o mercado de trabalho, é destacada a importância de se ter ambientes de trabalho saudáveis e que favoreçam a inserção dos idosos livre de discriminações.

Nota-se que, além da necessidade de adaptação dos espaços laborais aos trabalhadores idosos, considerando as suas especificidades, encontramos diante da situação de encontro intergeracional com pessoas jovens e de mais idade nos ambientes de trabalho⁹. Por isso reconhece-se a importância de se promover a capacitação e integração da pessoa idosa. Junto a essas questões, é evidente a dificuldade de se lidar com as representações sociais que envolvem o universo dos idosos, sendo marcados pelos estigmas de improdutividade e inutilidade².

Todas essas temáticas demandam estudos para que haja otimização e planejamento de novas estruturas

sociais, dando ao idoso um protagonismo nesse processo, visando sua saúde física e mental. Nesse sentido, foi desenvolvida uma revisão integrativa de modo a analisar e discutir produções científicas brasileiras, publicadas até o presente, que tratam das temáticas do envelhecimento, trabalho e a saúde do trabalhador idoso, para se discutir a relação entre esses temas, propondo-se direcionamentos para futuras investigações.

MÉTODO

Para esta pesquisa de revisão integrativa, foi adotada uma estrutura de estudo, conforme a disposição a seguir: 1) definição do tema, formulação de uma pergunta norteadora da pesquisa e delineamento de descritores; 2) Definição de critérios de inclusão e de exclusão das produções; 3) busca por produções (artigos e estudos acadêmicos) em bases de dados, de forma a responder à pergunta, seguindo descritores existentes; 4) seleção das produções encontradas, segundo os critérios estabelecidos; 5) análise das produções selecionadas, para extração dos dados a serem discutidos; 6) discussão dos resultados e conclusão do trabalho¹⁰.

Portanto, a partir do tema da relação entre o crescimento dos idosos no mercado de trabalho e a saúde do trabalhador, para este estudo definiu-se como pergunta norteadora: *Como a participação no mercado de trabalho influencia a saúde dos idosos trabalhadores?* A partir dessa pergunta, buscou-se por Descritores das Ciências e Saúde (DeCs) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), identificando-se a inexistência de termos como “trabalho do idoso” ou “idoso trabalhador”. Portanto para a busca bibliográfica foram utilizados descritores existentes nas bases de dados que mais se assemelhavam à pergunta da pesquisa, quais sejam: *envelhecimento, trabalho, idoso, saúde do trabalhador e mercado de trabalho*. A partir daí, utilizando o operador booleano “and”, foram realizadas buscas combinadas entre os descritores, de novembro a dezembro de 2020, nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

A estratégia de busca utilizada na base Scielo foi “envelhecimento” and “saúde do trabalhador. Já na base Lilacs, a estratégia foi “idoso” and “trabalho”, sendo filtrado por temas como idoso, mercado de trabalho, envelhecimento e qualidade de vida. Finalmente, na base de dados BDTD, a estratégia de busca utilizada foi “idoso” and “mercado de trabalho” and “saúde do trabalhador”.

Para a estratégia de seleção final das produções definiram-se os seguintes critérios de inclusão: a) a temática do envelhecimento populacional brasileiro, relacionado com a permanência dos idosos no mercado de trabalho e a saúde do trabalhador; b) artigos, teses e dissertações, dentro da temática da pesquisa c) publicações com texto completo disponível. Como critério de exclusão, foram descartadas as produções duplicadas ou que abordassem o envelhecimento em uma perspectiva que ultrapassasse a temática desta revisão. Para organização e apresentação da busca, considerou-se as recomendações do modelo para revisões sistemáticas e metanálises (PRISMA) conforme apresentado na Figura 1.

Portanto, após a busca preliminar na base de dados através dos descritores, foi realizada uma seleção dos títulos e resumos dos artigos, teses e dissertações, de maneira a eleger as produções de acordo com a temática da pesquisa, seguindo os critérios pré-estabelecidos. Na sequência a esse filtro de publicações por títulos e resumos, as remanescentes foram analisadas por completo, para extrair as informações necessárias para a discussão desta revisão. Por fim, as informações foram submetidas a uma discussão, com objetivo de se relacionar a temática da pesquisa ao conteúdo desse material para a formulação de conclusões do trabalho.

RESULTADOS DA BUSCA

Foram encontrados a princípio um total de 244 artigos nas bases de dados Scielo e Lilacs, enquanto que na base BDTD foram resgatadas 97 publicações, totalizando, portanto, 341 produções. A partir do resultado da busca, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e, desta forma, selecionados ao fim 6 artigos das bases Scielo e Lilacs. Respeitando os mesmos critérios, para a base

de dados da BD'TD, foram finalmente selecionadas 1 tese de doutorado e 3 dissertações de mestrado, após a verificação dos resumos (Figura 1). Como forma de organização das produções selecionadas, as respectivas informações foram dispostas em uma tabela, na qual são apresentadas características de cada produção, tais como a base de origem, o título da produção, os autores, o periódico, além das respectivas propostas e temáticas (Tabela 1).

Para uma discussão mais ampla dos resultados, foram ainda consultados os textos das seguintes políticas públicas, no que se refere aos idosos: Constituição da República Federativa do Brasil¹¹ de 1988, Política Nacional do Idoso¹² de 1994 e Estatuto do Idoso¹³ de 2003. Ademais, documentos da OMS⁷ e do IPEA⁸, a respeito do tema envelhecimento ativo e idosos no mercado de trabalho, são utilizados como apoio para as discussões.

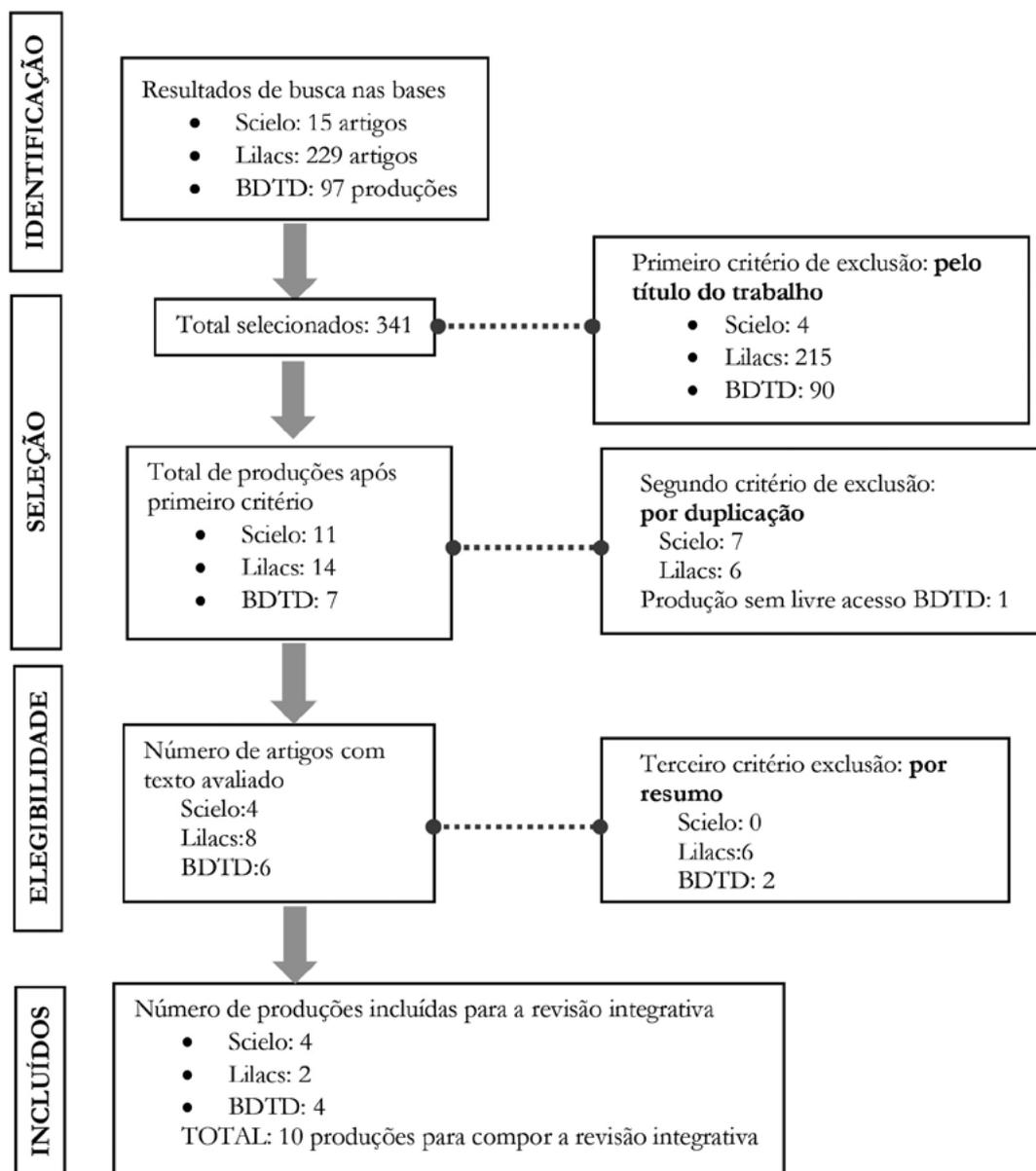


Figura 1. Fluxograma de Prisma - Resultado das buscas de dados nas bases Scielo, Lilacs e BD'TD de novembro a dezembro de 2020.

Tabela 1. Resultado das buscas de dados bases Scielo, Lilacs e BDTD de novembro a dezembro de 2020.

Autores	Título da produção	Proposta e temática
Costa IP (2015) ¹⁴	Qualidade de vida de idosos no contexto do trabalho e suas Representações Sociais	Estudo realizado com idosos de um grupo de convivência na Paraíba. A coleta dos dados foi realizada através de entrevista, utilizando-se um questionário sociodemográfico, o Teste de Associação Livre de Palavras e os WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Objetiva avaliar a qualidade de vida (QV) de idosos que trabalham e que não trabalham; e conhecer as suas representações sociais sobre QV.
Santos NM (2016) ¹⁵	Permanência de idosos no trabalho: fatores estruturais e psicossociais	Investigar os fatores que influenciam a permanência de idosos em atividades de trabalho. A metodologia baseou-se em entrevistas, que foram analisadas por meio da técnica denominada Q-Sort e do software IramuteQ.
Sato, AT et al (2017) ¹⁶ .	Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil.	Objetivou-se conhecer as relações entre envelhecimento e trabalho.
Ribeiro P et al (2018) ¹⁷ .	Permanência no mercado de trabalho e satisfação com a vida na velhice	Pesquisa qualitativa, a partir de base de dados para verificar a associação da permanência no mercado de trabalho com fatores sociodemográficos, clínicos e de satisfação com a vida em idosos, através de um questionário com perguntas semiestruturadas a respeito das atividades de trabalho realizadas ao longo da vida dos idosos.
Paolini KS (2016) ¹⁸ .	Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho	Pesquisa de revisão bibliográfica e qualitativa, com o objetivo de avaliar a participação do idoso no mercado de trabalho no Brasil e as políticas públicas relacionadas.
Gomes PS, Pamplona JB (2014) ¹⁹	Envelhecimento populacional e suas consequências no mercado de trabalho e nas políticas públicas de emprego no Brasil	Estudo do tipo bibliográfico que teve como objetivo apresentar e analisar o processo de envelhecimento populacional no Brasil e as suas consequências no mercado de trabalho e nas políticas públicas de emprego.
Giaqueto A, Soares N (2010) ²⁰ .	O trabalho e o trabalhador idoso	Refletir sobre o mundo do trabalho, mostrando que os idosos continuam vivenciando os reflexos da desigualdade social.
Felix JS (2018) ²¹ .	Batalhadores depois dos 60: Uma crítica aos tipos de integração do idoso no mercado de trabalho urbano	Compreender as condições de empregabilidade do trabalhador idoso, através do método qualitativo com técnicas de observação direta e entrevistas baseadas em um questionário semiestruturado.
Sousa YG et al (2016) ²² .	Comunicação de acidente de trabalho do idoso do nexo técnico epidemiológico	Caracterizar os benefícios que o NTEP proporciona ao trabalhador idoso no Brasil. Abordada a proteção social para o trabalhador idoso e a relevância para a manutenção da qualidade de vida do idoso.
Antunes MH, Moré CLOO (2016) ²³ .	Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: revisão integrativa da produção brasileira	Revisão do tipo integrativa, com objetivo de analisar as produções científicas brasileiras sobre aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador.

DISCUSSÃO

A partir da busca de trabalhos, a discussão sobre o tema proposto tem como ponto de partida o envelhecimento ativo que é uma demanda evidenciada, conforme a OMS recomenda no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde⁷, sugerindo, nesse sentido, a criação de ambientes inclusivos à integração dos idosos, para favorecer a sociabilidade e a qualidade de vida.

Em torno da questão do envelhecimento ativo, um estudo do tipo exploratório¹⁴ e descritivo avaliou uma amostra de 113 pessoas com idade superior a 50 anos. Nessa amostra, foi identificado que 44,2% dos entrevistados ainda trabalhavam e 55,8% já não estavam em atividade. No grupo em atividade laboral, 32% eram idosos, na faixa etária de 60 a 64 anos. Além desses dados, observou-se que a representação social da qualidade de vida manifestava-se de maneiras distintas. Para o grupo de idosos trabalhadores, ela esteve atrelada sobretudo à atividade de trabalho e às possibilidades de consumo, além da manutenção do sustento próprio. Para os demais, essa representação esteve mais associada aos sentimentos e às interações em grupos de convivência. Por fim, a manutenção da saúde física e mental, melhores habilidades cognitivas e sociais emergiram na análise do grupo em atividade laboral, idosos ou não.

Os fatores que influenciam a permanência de idosos no mercado de trabalho foram investigados na pesquisa de Santos¹⁵. A partir de entrevistas com 121 idosos trabalhadores, foram levantados quatro fatores de impacto na tomada da decisão, sendo eles: a identidade vinculada ao trabalho, as relações sociais construídas a partir dele, motivações familiares e a necessidade de complementação da renda. Os participantes das entrevistas trouxeram a reflexão do trabalho como uma base social e citaram a situação de ausência de planejamento na fase da aposentadoria e a falta de perspectivas futuras como fatores de preocupação para o trabalhador.

As relações entre envelhecimento e trabalho, são apresentadas de maneira positiva e negativa num estudo de caso com trabalhadores acima dos 50 anos¹⁶. Na perspectiva negativa, a análise

do conteúdo produzida nesse trabalho aborda a redução de agilidade na realização das atividades, a falta de incentivo dos empregadores à atualização profissional do trabalhador mais velho, além das estruturas produtivas inadequadas aos idosos. Por outro lado, como fatores positivos para essas relações, são elencados os novos desafios como forma de desenvolvimento do idoso, vínculos sociais estabelecidos a partir dos contextos de trabalho, além do fortalecimento do bem-estar desses sujeitos.

Os idosos participantes da pesquisa afirmaram que a permanência em atividades laborais, mesmo com dificuldades devido à capacidade física, ocorre mediante a adoção de estratégias para conseguir realizar o trabalho. Dentre elas, algumas são de caráter individual, como o uso contínuo de medicamentos e/ou de dispositivos auxiliares, e outras são desenvolvidas de forma coletiva, como atitudes compensatórias e reorganização dos processos de trabalho, com intuito de mudanças das atividades laborais. Logo, os idosos consideravam-se capazes para trabalhar, mesmo diante das dificuldades de saúde. É importante mencionar que nesse estudo tem-se uma população pesquisada de setor específico, podendo caracterizar uma limitação de análise¹⁶.

Em outro estudo¹⁷ coletado na revisão, são tratadas características sociodemográficas, tais como a renda e o grau de escolaridade como fatores de influência na empregabilidade das pessoas idosa. Foi identificado que entre os idosos com perfil de escolaridade mais alto, os históricos laborais apresentavam-se com melhores oportunidades de trabalho e condição de saúde. Para esse perfil de trabalhadores, a motivação para o trabalho esteve ligada, sobretudo, à satisfação pessoal e ao complemento de renda. No grupo de trabalhadores com menores condições de renda e escolaridade, a continuidade na atividade laboral é relacionada não só à complementação da renda familiar, mas também à menor satisfação com as suas atividades. Essa condição foi relacionada a um histórico de trabalho com desgaste da saúde. Além disso, em termos de valorização da mão de obra, tem-se um indicativo que o trabalhador mais jovem se apresenta em vantagem, em detrimento do mais idoso, devido ao estigma de improdutividade associada às perdas de motivação e de capacidade física.

Em Paolini¹⁸ são abordadas as relações intergeracionais em ambientes de trabalho, trazendo o preconceito, o estigma e a competitividade como fatores de implicação na saúde dos trabalhadores idosos. Ao mesmo tempo, são identificados os fatores favoráveis à valorização desse trabalhador, tais como incentivos e oportunidade de qualificação e a adequação do mercado de trabalho. Logo, deixa-se em evidência a importância da empregabilidade do idoso, a sua requalificação e a sua reinvenção profissional.

No que tange à temática da redução da capacidade física e de saúde dos idosos trabalhadores, Gomes e Pamplona¹⁹ cita as relações entre a velhice e as desigualdades de acesso à saúde, educação, renda, habitação e atividades laborais realizadas ao longo da vida. Tais relações influenciam diferentes perspectivas de velhices e capacidades de trabalho do idoso. Esse estudo destaca a importância da reorganização do Estado, na construção de políticas públicas junto aos idosos, em uma composição que respeite a heterogeneidade do envelhecimento.

Ao considerar a relação entre as dificuldades de inserção do idoso no trabalho, a qualificação e o ritmo de produtividade, outros trabalhos²⁰⁻²² destacam a necessidade de efetivação do direito à profissionalização, à participação social e à não discriminação da pessoa idosa, já previstas em políticas públicas brasileiras^{11,13}.

Segundo a perspectiva das pesquisas de Giaqueto e Soares²⁰ e Félix²¹, as transformações no mundo trabalho e os tipos de atividades e oportunidades destinadas às pessoas idosas são objetos de reflexão sobre as condições econômicas e sociais de trabalhadores idosos e os impactos na produção de diferentes velhices. Nesse sentido, as atividades laborais representam uma fonte de produção de conhecimento, habilidades, sobrevivência, mas, ao mesmo tempo, surgem como uma forma de sofrimento, devido às formas de explorações da mão-de-obra, sendo a expectativa de vida tratada como um desafio adicional na garantia da qualidade de vida dessa população.

Para Félix²¹, as limitações da sociedade à população idosa são associadas à falta da garantia

de acesso aos direitos das pessoas idosas, que incluem o trabalho. Em sua pesquisa, é apresentado o panorama das políticas públicas existentes, como a Constituição Federal¹¹ de 1988, referindo-se à participação dos idosos em meios sociais e livres de discriminação, cabendo à família, à sociedade e ao Estado assegurar e ampará-los com garantias à dignidade e direito à vida. Ademais, é referenciado o artigo 26 do Estatuto do Idoso¹³ (EI), cuja ênfase é dada à garantia de participação dos idosos em ambientes de trabalho, adaptados às condições psíquicas, intelectuais e físicas. Isto é reforçado pelo artigo 28 do mesmo documento, que menciona a responsabilidade do estado em incentivar as empresas a contratarem as pessoas idosas. Além disso, considera-se a valorização social e a integração entre gerações nos ambientes de trabalho ou em comunidade, como fator de importância a contribuir para o envelhecimento ativo²¹.

Sousa et al.²² abordaram o tocante aos benefícios previdenciários destacando que uma parcela considerável da população que recebe benefícios por acidente de trabalho encontra-se na faixa etária entre 60 a 84 anos. Além disso, foi identificado em mesmo estudo, que esses afastamentos estão relacionados com aumento de sofrimentos físicos e emocionais, deixando em evidência as vulnerabilidades dos idosos trabalhadores. Na mesma análise, é citada a necessidade de ambientes de trabalho que promovam saúde, principalmente pelo fato de que o Brasil ser um país, cuja população idosa tende a ser cada vez mais atuante no trabalho, principalmente precário, já que grande parte é de baixa renda²².

Embora o direito ao trabalho pelo idoso seja instituído em políticas públicas, é observada que a condição adequada para essa atividade é pouco abordada em estudos no âmbito do envelhecimento e saúde. Refletindo sobre a pesquisa de mercado de trabalho do IPEA⁴, que mostra uma perspectiva crescente de participação do idoso na informalidade, é necessário se pensar nessa questão, já que o trabalhador nessa condição não possui muitos direitos reconhecidos na prática. Nesse sentido, deve-se ressaltar que a combinação entre história laboral e condições inadequadas para o trabalho levam a riscos de adoecimentos e conseqüentemente aos afastamentos do mercado de trabalho.

Por fim, cabe mencionar que os resultados encontrados na busca bibliográfica realizada para esta revisão sugerem que as produções científicas brasileiras ainda são incipientes na relação entre envelhecimento, trabalho e a saúde do trabalhador. Quanto às características metodológicas das produções, nota-se uma prevalência de estudos qualitativos em relação aos quantitativos. Como ferramentas metodológicas, nessas produções foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com roteiros, estudos de revisão e técnicas de observação direta, além de utilização de softwares para análise de dados.

A ausência de descritores específicos nas bases de dados pesquisadas, levando à adoção de descritores alternativos já existentes na busca, pode ser uma limitação para o estudo dessa temática. Por exemplo, em um estudo de revisão integrativa²³, que aborda a relação entre saúde do idoso, saúde do trabalhador e aposentadoria, foi encontrado um total de vinte artigos para análise, a partir de critérios específicos de busca. Apenas três desses artigos encontravam-se separados para a temática saúde do trabalhador e saúde do idoso. No entanto, é percebido uma limitação nessa análise, na medida em que entre essas três publicações, apenas uma relata de fato a questão do trabalho do idoso e suas implicações na saúde do trabalhador. Portanto, pode-se questionar se os trabalhos brasileiros nessa área têm marginalizado, em certa medida, o diálogo com a perspectiva da saúde, privilegiando outros aspectos.

CONCLUSÃO

Diante das mudanças sociais decorrentes de uma maior longevidade, esta revisão integrativa de publicações brasileiras em bases de dados

discutiu a relação entre velhice, trabalho e saúde do trabalhador, colocando-a como um novo desafio ao estado na formação ou na complementação das políticas públicas para idosos no Brasil. Junto a essas políticas, é importante que haja um incentivo às instituições públicas e privadas para viabilizar a participação e a manutenção de postos de trabalho para o trabalhador idoso, contribuindo, desta forma, para uma velhice com uma renda mais adequada às necessidades das pessoas idosas e seu bem-estar, além de facilitar a inclusão desse grupo nas diferentes esferas da sociedade.

Enfatiza-se a preocupação com relação ao futuro do trabalhador idoso no Brasil e que os desafios são grandes nesse campo. Estudos nesse sentido são sugeridos pelos resultados da presente revisão, devendo considerar não só a participação do idoso no mercado de trabalho, mas também a compreensão dos tipos de adoecimentos provenientes do trabalho, faixas etárias e profissões mais acometidas pelos mesmos e categorias de trabalho que mais absorvem os idosos.

Já que o envelhecimento do trabalhador acompanha o da população como um todo, essa condição é certamente experimentada por outros países inclusive em estágio de envelhecimento mais avançado. Desta forma, por fim, são recomendadas pesquisas por trabalhos internacionais sobre essa mesma temática, de forma a contribuir com o cenário brasileiro nesse campo. Os estudos sugeridos poderão futuramente dar apoio à criação e ao estabelecimento de políticas públicas específicas e complementares às atuais, visando à saúde do trabalhador idoso brasileiro.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; IBGE; 2018 [acesso em 15 maio 2020]. (Estudos e pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n^o. 39). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
2. França LHFP, Menezes GS, Bendassolli PF, Macedo LSS. Aposentar-se ou continuar trabalhando?: O que influencia essa decisão? *Psicol Ciênc Prof.* 2013;33(3):548-63

3. Agência Brasil [Internet]. Brasília, DF: Empresa Brasil de Comunicação; 2007-. Idosos estão adiando cada vez mais saída do mercado de trabalho. 2018 [acesso em 23 jun. 2020]; [1 tela]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-10/idosos-estao-adiando-cada-vez-mais-saida-do-mercado-de-trabalho>
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Bol Merc Trab Conjunt Anál. Nº 1, mar. 1996 - nº 64, abr. 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33118&Itemid=9
5. Telmachuk MSL. Sentidos do trabalho para idosos em exercício profissional remunerado [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
6. Brasil. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Diário Oficial da União. 13 nov. 2019.
7. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS; 2015 [acesso em 20 fev. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
8. Félix JA. O idoso e o mercado de trabalho. In: Alcântara AO, Camarano AM, Giacomini KC. Política Nacional dos idosos: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 1-24.
9. Fonseca MH. Envelhecimento da população, reconfigurações do trabalho e qualificação profissional no Brasil. Rev Dir Trab Política Soc. 2019;6(10):1-10. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtpps/article/view/9499>
10. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53
11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil.. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Diário Oficial da União. 05 out. 1988.
12. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 05 jan. 1994.
13. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 out. 2003.
14. Costa IP. Qualidade de vida de idosos no contexto do trabalho e suas Representações Sociais Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2015.
15. Santos NM. Permanência de idosos no trabalho: fatores estruturais e psicossociais [Dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016.
16. Sato AT, Barros JO, Jardim TA, Ratier APP, Lancman S. Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2017;33(10):e00140316.
17. Ribeiro P, Cristina C, Almada DSQ, Souto JF, Lourenço RA. Permanência no mercado de trabalho e satisfação com a vida na velhice. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(8):2683-92.
18. Paolini KS. Desafios da inclusão do idoso no mercado de trabalho. Rev Bras Med Trab. 2016;14(2):177-82.
19. Gomes PS, Pamplona JB. Envelhecimento populacional e suas consequências no mercado de trabalho e nas políticas públicas de emprego no Brasil. Rev Econ Gest. 2014;15(41):1-9.
20. Giaqueto A, Soares N. O trabalho e o trabalhador idoso. In: Proceedings of the 1st Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca [Internet]; Setembro 2010; Franca, SP. Franca: 2010 [acesso em 20 fev. 2020]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100007&lng=en&nrm=iso
21. Felix JS. Batalhadores depois dos 60: uma crítica aos tipos de integração do idoso no mercado urbano de trabalho [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2018.
22. Sousa YG, Medeiros PC, Medeiros SM. Comunicação de acidente de trabalho do idoso através do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP. Rev Kairós. 2016;19(1):273-82.
23. Antunes MH, Moré CLOO. Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: revisão integrativa da produção brasileira. Rev Psic Org Trab. 2016;16(3):248-58.

