





ISSN 1517-5928



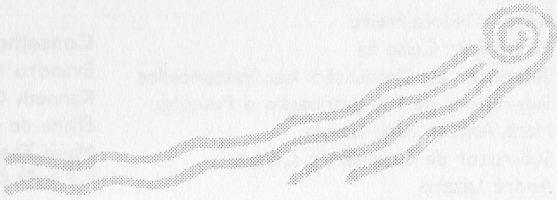
*Textos sobre
Envelhecimento*



volume 3

nº 3

UnATI/UERJ



Textos sobre Envelhecimento



n° 3

Rio de Janeiro
UnATI/UERJ
Ano 3
2000

ISSN 1517-5928



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitora: Nilcéa Freire
Vice-reitor: Celso Sá
Sub-reitor de Graduação: Isac Vasconcellos
Sub-reitora de Pós-graduação e Pesquisa:
Maria Andréa Rios Loyola
Sub-reitor de Extensão e Cultura:
André Lázaro

Universidade Aberta da Terceira Idade

Direção: Renato Peixoto Veras
Vice-direção: Célia Pereira Caldas
Gerência de Pesquisa: Shirley
Donizete Prado
Gerência de Extensão: Sandra
Rabello de Frias
Gerência de Ensino e Formação de
Recursos Humanos: Alzira Tereza
G. L. Nunes

Editor: Shirley Donizete Prado
Editores Associados: Benigno Sobral
Mabel Imbassahy

Editor Executivo: Patrícia Henriques

Conselho Editorial: Jane Dutra Sayd
Evandro Coutinho
Kenneth Camargo Jr.
Eliane de Abreu Soares
Maria Therezinha Nóbrega da Silva

Nota: a Série Textos Sobre Envelhecimento reúne produção científica neste âmbito de conhecimento, tendo como objetivos primordiais subsidiar discussões e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento. Os trabalhos são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Assinatura: anual, em qualquer época do ano.
Preço R\$ 15,00 para pessoas jurídicas e R\$ 10,00 para pessoas físicas. Números anteriores podem ser fornecidos ao preço de R\$ 5,00 cada exemplar.

Aceita-se permuta.

Toda correspondência sobre produção, distribuição e assinatura deve ser encaminhada ao Editor Executivo através do seguinte endereço:

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Universidade Aberta da Terceira Idade
Gerência de Pesquisa
Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento
Textos sobre Envelhecimento
Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Pavilhão João Lyra
Filho - Maracanã Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20.559 - 900 - Telefones: 587-7236 587-7672 / 587-7121 - Ramal 35
Fax: 264-0120 - E-mail: crde@uerj.br - Internet: www.unati.uerj.br

Esta é uma Produção do Centro de Referência e Documentação Sobre Envelhecimento, vinculado à Gerência de Pesquisa da UnATI - UERJ

Revisão bibliográfica: Iris Maria Carvalho Braga dos Santos

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT

T 355 Textos sobre envelhecimento. - Vol. 1, n. 1 - (nov. 1998)-
Rio de Janeiro : UERJ, UnATI, 1998-
v. : il.
Semestral
ISSN 1517-5928
1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Periódicos. 2.
Idosos - Cuidados médicos - Periódicos. 3. Idosos - Condições
econômicas - Periódicos. I. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 612.67(05)

EDITORIAL

*A inovação e a forma de contribuição
no Ano 3 do Idoso***SUMÁRIO**

EDITORIAL 5

PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL 7

Tereza Cristina Nascimento Araujo

Maria Isabel Coelho Alves

AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA
DO NÚCLEO DE ATENÇÃO AO IDOSO DA
UnATI-UERJ 21

Jane Dutra Sayd

Marcelo Cardoso Figueiredo

Michel Luciano H. Toledano Vaena

A DEPENDÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA
A PERDA DE AUTONOMIA: ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES PARA IDOSOS DE UMA
UNIDADE AMBULATORIAL GERIÁTRICA 35

Maria Angélica S. Sanchez

EDITORIAL

A inovação como uma forma de contribuição no Ano Internacional do Idoso

Com orgulho, chegamos ao terceiro número da Série Textos sobre Envelhecimento, trazendo algumas inovações.

A partir de agora, estamos abrindo nossa publicação a autores externos à UnATI-UERJ, buscando, assim, horizontes mais amplos para as discussões no campo do envelhecimento humano. Todos aqueles que desejem apresentar trabalhos para apreciação da equipe editorial devem consultar os procedimentos no final de cada número.

Estamos investindo fortemente na ampliação do sistema de divulgação da Série que hoje já alcança bibliotecas, grupos de pesquisadores, cursos de graduação e pós-graduação, núcleos de trabalho com idosos, instituições governamentais e não-governamentais, enfim, órgãos envolvidos com as questões-objeto desta nossa iniciativa em âmbito nacional.

Também passamos, a partir deste número, a operar o sistema de assinaturas, procurando atender, com maior agilidade, os leitores e interessados em ter acesso a esta Série.

Neste Ano Internacional do Idoso, buscamos contribuir através da implementação de um projeto editorial que aponte para a ampliação de abordagens qualificadas sobre o envelhecimento no Brasil.

Neste número, apresentamos, primeiramente, o texto "Perfil da população idosa no Brasil" de autoria de Tereza Cristina Nascimento Araújo e Maria Isabel Coelho Alves, pesquisadoras do IBGE. Trazendo os dados mais recentes produzidos a partir de diversas fontes de informação do IBGE, o trabalho apresenta e discute indicadores demográficos, de saúde, trabalho, renda e pobreza, educação, participação social e relações de convivência entre idosos.



Segue-se o trabalho “Automedicação na população idosa do Núcleo de Atenção ao Idoso - UnATI – UERJ”, coordenado por Jane Dutra Sayd, pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ, que aborda variáveis como percepção de morbidade, medicamentos ingeridos, motivos para ingestão e origem da prescrição. Os achados indicam um padrão de consumo de medicamentos sensivelmente baixo entre o grupo estudado, sugerindo uma conduta diferenciada e sóbria por parte da equipe de saúde da UnATI no que tange à prescrição de medicamentos.

Finalmente, o texto “A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica”, apresenta o resumo da dissertação de mestrado de Maria Angélica Sanches, assistente social do ambulatório Cuidado Integral à Pessoa Idosa da UnATI. Dentro do objetivo de investigar relações entre idosos e seus familiares, a autora conclui que a dependência compromete a autonomia e faz aflorar atitudes ambíguas, marcadas por diferentes formas de autoritarismo e paternalismo, num ambiente de falta de negociação e de espaço vital para a pessoa idosa.

Shirley Donizete Prado
Editor

PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

Tereza Cristina Nascimento Araujo*

Maria Isabel Coelho Alves**

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo traçar um perfil da população idosa no Brasil através de dimensões consideradas importantes para descrever a situação demográfica e socioeconômica deste grupo. Foram construídos indicadores sobre as seguintes dimensões: demográfica (sexo, idade, cor, situação conjugal e região de residência); saúde (morbidade e acesso aos serviços de saúde); trabalho; renda e pobreza; educação; participação social; e relações de convivência. Os indicadores foram construídos a partir de diversas fontes de informação produzidas pelo IBGE, tais como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 1995 a 1997, a Pesquisa sobre Padrões de Vida, de 1996/97 e a Pesquisa Mensal de Emprego, de 1996.

Palavras-Chave: análise demográfica, análise socioeconômica, idoso, envelhecimento da população, indicadores biodemográficos,

INTRODUÇÃO

Até o final deste século, a expectativa de vida da população terá aumentado em 20 anos. A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX que, juntamente com a queda da natalidade, vem ocasionando um drástico envelhecimento da população mundial. O envelhecimento das populações começou em épocas diferentes, em países diferentes e vem evoluindo em proporções variantes. Geralmente, entretanto, no curso de algumas gerações, a proporção de idosos, com idade de 60 anos ou mais, está aumentando aproximadamente de 1 em 14 para 1 em 4.

(Programa para Preparação e Comemoração do Ano Internacional do Idoso - Nações Unidas, 1999)

Cada vez mais o tema do envelhecimento vem sendo abordado, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países do terceiro mundo. No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente e os estudos sobre o tema não são numerosos. Entretanto, os poucos estudos brasileiros têm apontado, de forma recorrente, que o processo de envelhecimento da população brasileira é considerado irreversível –

diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e do esperado para as próximas – e enfatizado a importância dos estudos sobre a população idosa.

O objetivo principal deste trabalho é apresentar um perfil dos idosos no Brasil a partir de indicadores construídos com as informações de diversas fontes produzidas pelo IBGE. Selecionaram-se dados existentes publicados, tomando-se como referência algumas dimensões consideradas importantes para caracterizar as condições de vida dos idosos brasileiros. Para a seleção destas dimensões utilizou-se como referência básica um texto que compõe a página do *Census Bureau/U.S. na Internet.*, a saber: *Profile of Older Americans - 1997.*

A POPULAÇÃO IDOSA

Segundo projeção a partir dos dados do Censo Demográfico de 1980, a população idosa, composta por pessoas de 60 anos¹ ou mais, alcança a marca dos 12.674 milhões em 1999 e representa 7,7% da população brasileira², assim distribuída pelos seguintes grupos de idade:

60 – 64 anos	2,7
65 – 69 anos	2,0
70 – 74 anos	1,5
75 – 79 anos	0,9
80 anos ou +	0,7

Fonte: Estimativas e Projeções
DEPIS/IBGE

Enquanto a população com menos de 20 anos cresceu 12% de 1980 a 1999, a população idosa cresceu, neste mesmo período, 70%, passando de aproximadamente 7,2 milhões de idosos para 12,6 milhões: um acréscimo de 5,4 milhões de idosos.

Em 1999, existem 6,9 milhões de mulheres idosas e 5,7 milhões de homens idosos, ou uma razão de sexo de 120 mulheres para cada 100 homens. A razão de sexo aumenta com a idade, variando de 118 para o grupo de 65-69 até 141 no grupo de 80 anos ou mais.

Desde 1940, a porcentagem de brasileiros com 60 anos ou mais quase duplicou (4,1% em 1940 para 7,7% em 1999), e o número aumentou aproximadamente 24 vezes (de 528,1 mil para 12,7 milhões).

Em 1999, as mulheres que alcançam a idade de 60 anos ou mais têm uma expectativa média de mais 19,3 anos de vida. Os homens idosos contam com um adicional de vida menor em torno de 16,8 anos.

FIGURA 1

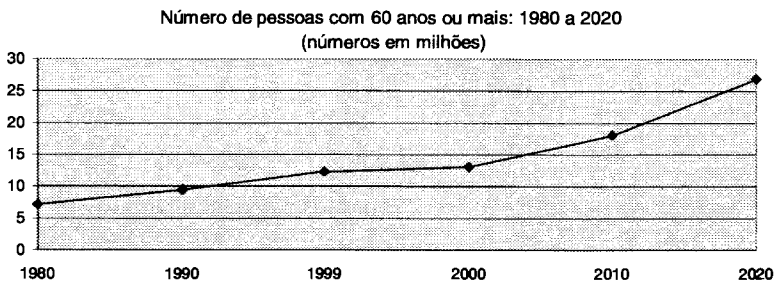
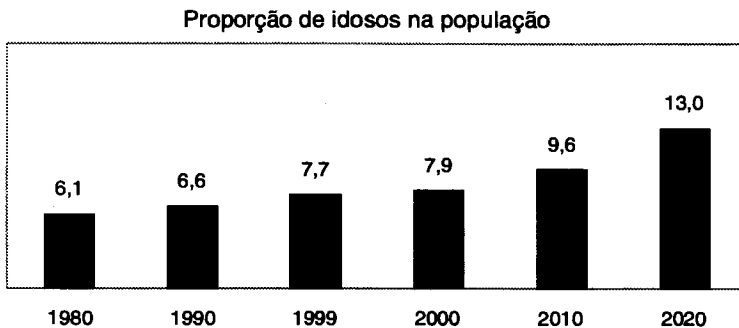


FIGURA 2



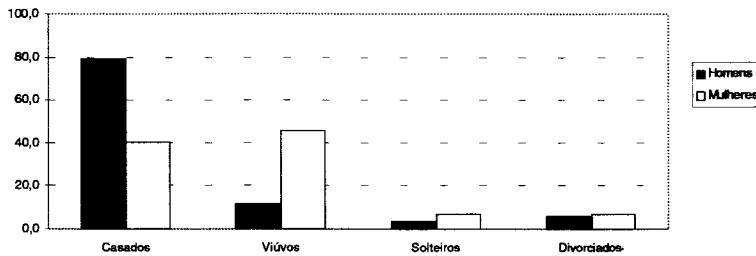
Indicadores construídos com estimativas e projeções calculadas pelo Departamento de População e Indicadores Sociais do IBGE.

SITUAÇÃO CONJUGAL

Em 1995, homens idosos tinham mais chances de estar casados do que as mulheres - 79,1% para homens, 40,5% para mulheres. Metade de todas as mulheres idosas eram viúvas (45,6%). Havia 5 vezes mais viúvas (3,2 milhões) do que viúvos (6,7 mil).

FIGURA 3

Situação Conjugal das Pessoas de 60 anos ou mais: 1995



QUADRO I

Pessoas de 60 anos ou mais por grupos de idade e sexo segundo a situação conjugal

	60-64 anos		65-69 anos		70+ anos	
	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres
Casadas	84,7	53,8	81,8	47,5	72,6	26,6
Viúvas	5,2	30,1	8,4	39,1	19,3	60,8
Solteiros	3,8	6,5	3,8	6,9	3,3	7,7
Divorciados	6,4	9,5	6,0	7,4	4,7	4,9

Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1995.

COR

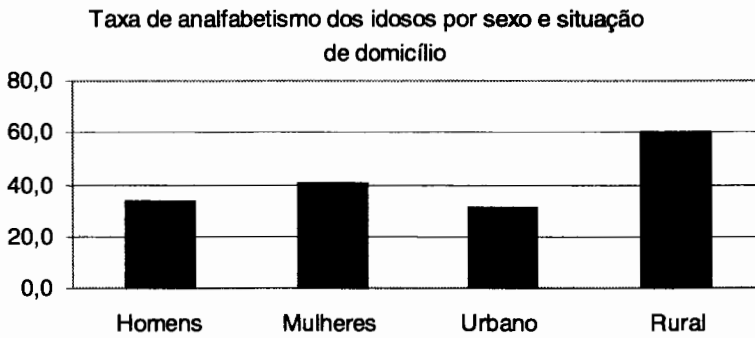
Em 1996, mais da metade dos idosos se declararam brancos (63,3%), 35,6% pretos e pardos, e menos de 1% se declarou amarelo.

Entre a população branca, os idosos representavam 9,7%. Já entre os pretos e pardos, a proporção de idosos alcançava 10,2% e 6,7%, respectivamente. Considerando as 650 mil pessoas de cor amarela apontadas pela PNAD, 15,3% delas tinham 60 anos ou mais.

EDUCAÇÃO

O grau de alfabetização dos idosos é baixo. Cerca de 37% dos idosos, em 1996, se declararam analfabetos. A proporção de mulheres analfabetas é maior do que a dos homens, assim como o número de idosos analfabetos que residem nas áreas rurais tende a ser comparativamente maior do que o daqueles que moram nas cidades.

FIGURA 4



Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1996.

TRABALHO

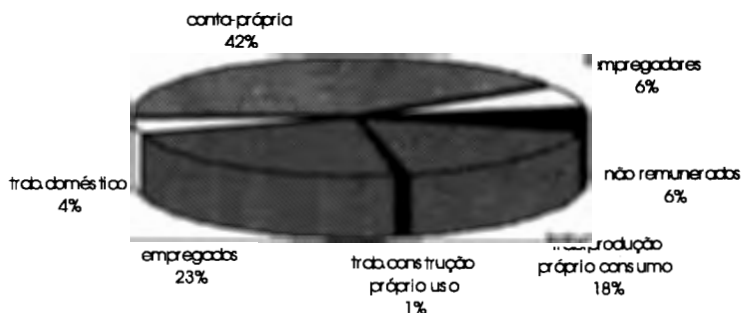
Aproximadamente 4,1 milhões de idosos estavam ocupados em 1996, dos quais 2,7 milhões eram homens e 1,3 milhões, mulheres. Estas pessoas representavam cerca de 6% do total de ocupados, 6,7% dos homens e 5% das mulheres.

Entre as pessoas ocupadas em 1996, a proporção de idosos era maior no setor agrícola (12,7%) do que no setor não-agrícola (3,8%).

A figura 5 mostra que 41,4% dos idosos trabalhavam por conta própria. As diferenciações por sexo são importantes: os homens trabalham majoritariamente por conta própria ou são empregados (49% e 29,4%, respectivamente) e as mulheres trabalham na produção para o próprio consumo e por conta própria (35,1% e 26,1%, respectivamente). Também são expressivas as proporções de mulheres que trabalham sem remuneração (14,6%) e como trabalhadoras domésticas (10,9%).

FIGURA 5

Proporção de idosos ocupados segundo a posição na ocupação



Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1996.

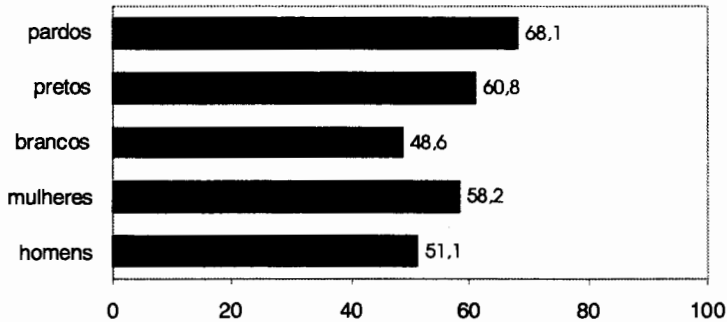
Entre os idosos que trabalhavam como empregados, 47,5% possuíam carteira de trabalho assinada (49,3% dos homens e 37,6% das mulheres). Quanto à contribuição previdenciária, apenas 22,5% dos ocupados contribuíam, sendo que os homens o faziam em maior proporção do que as mulheres com índice 26,8% e 13,8%, respectivamente.

MORBIDADE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em 1997, 55% dos idosos declararam um estado de saúde regular ou ruim (comparando com os 19,4% declarados pelo total da população). Havia pouca diferença entre homens e mulheres, mas a proporção de idosos pretos e pardos que declararam um estado de saúde regular ou ruim (60,8% e 68,1%, respectivamente) era mais elevada do que a dos brancos (48,6%).

FIGURA 6

Proporção de idosos que declararam um estado de saúde regular ou ruim segundo o sexo e a cor



Mais da metade das pessoas idosas se referiram a algum problema de saúde (53,3%). Muitos deles declararam ter alguma doença crônica (23,1%), enquanto que 19,2% dos idosos se referiram a múltiplas condições, crônicas e não-crônicas.

Os problemas crônicos de saúde relatados pelos idosos com maior frequência foram: coração (16,8%), hipertensão (26,4%), deficiência ósteomuscular (17,8%) e diabetes (11,9%). Também foram mencionados, embora com menor frequência, problemas respiratórios, digestivos e neuropsiquiátricos.

O idoso, de uma maneira geral, tem maior propensão a conviver com problemas de saúde, o que não necessariamente o incapacita física e emocionalmente. A importância do indicador sobre restrição de atividade por conta de problema de saúde relaciona-se com a capacidade de manutenção das atividades rotineiras, independentemente da condição de saúde. A existência do problema de saúde não necessariamente incapacita a pessoa para as atividades do dia-a-dia que, mesmo doente, tem possibilidade de ter uma boa qualidade de vida.

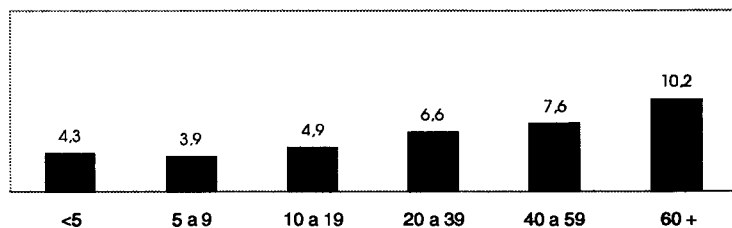
Por enquanto, são poucas as informações disponíveis nas pesquisas domiciliares para construir um indicador sobre incapacidade. A Pesquisa sobre Padrões de Vida / IBGE levanta algumas informações que pos-

sibilitam a construção de uma proxy deste indicador: do total das pessoas idosas que referiram problema de saúde, 34,1% delas deixaram de realizar as atividades normais por conta deste problema.

Quando se considera o número de dias em que as pessoas deixaram de realizar as atividades normais, observa-se que, para o conjunto da população, a média é de 6 dias por mês. Entretanto, este indicador está intimamente associado com a idade: na medida em que aumenta a idade, cresce o número médio de dias com restrição das atividades normais, chegando a 10 dias entre os idosos. Os homens e as mulheres idosas não apresentaram diferenças importantes em relação a este indicador (10,7 e 10,0, respectivamente).

FIGURA 7

Número médio de dias que deixou de realizar atividades normais

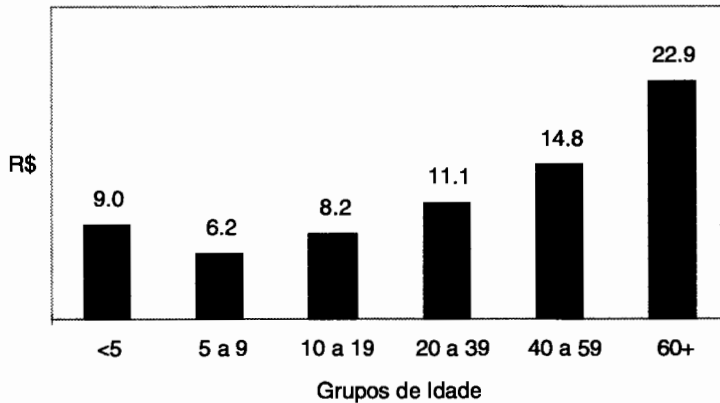


Os idosos procuraram o serviço de saúde em maior proporção do que as pessoas dos demais grupos etários. Em 1997, 39,9% deles procuraram atendimento médico. A procura por motivo de doença crônica foi mais elevada do que a observada em caso de doenças não-crônicas (28,9% e 8,1%, respectivamente).

A prevalência das doenças crônico-degenerativas é muito acentuada entre os idosos. Entre as conseqüências da maior presença destas doenças neste grupo destacam-se o maior tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e uma maior freqüência de reinternações e de invalidez. Todos estes fatos implicam que o custo do tratamento de saúde das pessoas idosas seja mais elevado do que nas outras faixas etárias. De fato, considerando-se o gasto per capita com a saúde, observa-se que o montante do gasto, em reais, aumenta progressivamente com a idade, sendo maior entre os idosos.

FIGURA 8

Gasto médio per capita segundo os grupos de idade
(Valores em reais)



Os indicadores foram construídos com base nas informações da Pesquisa sobre Padrões de Vida 1996/97 (PPV). As informações da PPV são representativas para o total das pessoas das regiões Nordeste e Sudeste do país.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Em 1997, cerca de 75% das pessoas com 60 anos ou mais viviam em 8 estados. São Paulo tinha mais de 3 milhões, Rio de Janeiro e Minas Gerais tinham cerca de 1,5 milhão cada um, e Rio Grande do Sul e Bahia tinham, cada um, aproximadamente, um milhão de idosos.

As pessoas idosas representavam mais de 10% da população total em 2 estados (Figura 9): Rio de Janeiro (11,2%) e Paraíba (10,6%).

FIGURA 9



Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1997.

Observa-se que a distribuição espacial da população idosa é concentrada nos estados onde a ocupação do território é mais antiga, próximo ao litoral, principalmente nos estados que possuem menores taxas de mortalidade infantil, uma expectativa de vida mais longa e, em alguns casos, como nos estados do nordeste, onde ocorrem altas taxas de migração da população adulta para outros estados.

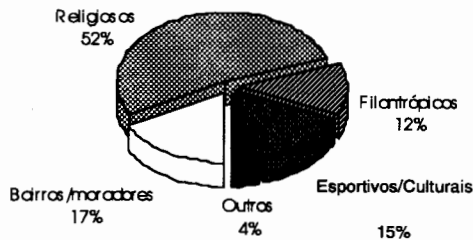
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E RELAÇÕES DE CONVIVÊNCIA

A dimensão da sociabilidade, que inclui as relações de convivência familiar e o estabelecimento de vínculos sociais com a comunidade, é um indicador importante para qualificar a condição de saúde da população idosa. Muitos estudos têm apontado para a relação entre os vínculos sociais e o status de saúde do idoso, pois a existência destes laços possibilitaria uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior capacidade de sobrevivência para o idoso.

Parte destes vínculos se refere à participação do idoso em atividades relacionadas com a comunidade, tais como associações de moradores, religiosas e recreativas. Entre as pessoas de 60 anos ou mais, 24,7% estão associadas a órgãos comunitários, sendo que a maior parte está ligada a associações religiosas (52,4%).

FIGURA 10

Proporção de pessoas de 60 anos de idade, ou mais, associadas a órgão comunitário, segundo o tipo de órgão comunitário



Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1997 e nas informações da Pesquisa Mensal de Emprego (PME) de 1996. As informações da PME são representativas para o total das pessoas das regiões metropolitanas do país.

Por outro lado, as informações da PNAD mostram que mais de 85% dos idosos no Brasil vivem em domicílios onde existe a presença de parentes e somente uma pequena parte destes idosos (11,6%) vive sozinho ou com pessoas sem nenhum laço de parentesco. Estudos sobre transferências inter-geracionais têm mostrado, inclusive, que os idosos, apesar de muitas vezes contribuírem com uma pequena aposentadoria para o orçamento domiciliar, têm desempenhado um papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico.

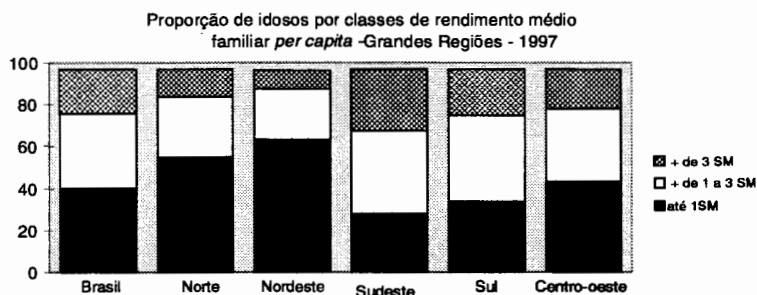
RENDA E POBREZA

A desigualdade de renda é uma característica marcante de toda a sociedade brasileira e é encontrada, também, entre os idosos. Segundo a

PNAD de 1997, 40% dos idosos brasileiros têm uma renda familiar *per capita* de menos de 1 salário mínimo.

A região Nordeste apresenta os piores índices de pobreza, onde aproximadamente 63% dos idosos não alcançam renda familiar *per capita* mais elevada do que 1 salário mínimo. Os idosos das regiões Sul e Sudeste apresentam uma distribuição de renda mais favorável, embora ainda bastante desigual (Figura 11).

FIGURA 11



Uma evidência desta desigualdade é o padrão de mortalidade da população idosa nos grandes centros urbanos que apresenta, no grupo dos idosos de renda mais alta, características próprias de populações de países desenvolvidos – onde se observa a redução nos riscos de mortalidade por doenças do aparelho circulatório – e apresenta, no grupo dos idosos mais pobres, características de mortalidade resultantes de doenças do subdesenvolvimento e da pobreza, tais como a desnutrição, a diarreia e outras doenças infecciosas e parasitárias.

NOTAS

- * Socióloga e Pesquisadora do Departamento de População e Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (DEPIS/IBGE)
- ** Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ e Pesquisadora do DEPIS/IBGE.
- 1 Muitos autores têm utilizado a idade de 60 anos como ponto de corte para definir o idoso. Este corte foi utilizado, também, pela Organização Mundial de Saúde, em 1984, no Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento. Embo-

ra exista uma definição internacional, muitos países diferem e utilizam idades mais baixas e mais elevadas do que 60 anos, tendo como base a idade em que a pessoa se torna elegível para a aposentadoria.

2. As informações produzidas por estimativas e projeções populacionais tendem a ser mais conservadoras do que aquelas que são levantadas nas pesquisas censitárias ou amostrais. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1997 – informação oficial publicada mais recentemente – os idosos representavam, já neste ano, 8,7% da população brasileira, ou seja, 13,5 milhões de pessoas. A PNAD é uma pesquisa amostral realizada anualmente pelo IBGE em cerca de 100 mil domicílios, sendo representativa para todo o Brasil, com exceção da área rural da região Norte do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

IBGE. *Pesquisa Mensal de Emprego (PME)*. Rio de Janeiro, 1996.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, 1995.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, 1996.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, 1997.

IBGE. *Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV)*. Rio de Janeiro, 1996/1997.

ONU. *Programa para Preparação e Comemoração do Ano Internacional do Idoso*. Genebra, 1999.

U.S. Census Bureau. *In Internet: Profile of Older Americans*. 1997.

ABSTRACT

This paper describes a profile of the elderly population in Brazil, studying some conditions taken as important to characterize the socioeconomic and demographic conditions of this group. The conditions analysed were: age, gender, ethnic group, marital status and place of residence; health indicators (morbidity and access to health services); employment, income and poverty; educational status; social relationship and style of life. The sources of data are several researches made by IBGE, such as PNAD (National Household Survey) from 1995 to 1997, PPV 1996/97 (Standards of Life Survey) and PME of 1996 (Monthly Research on Employment).

Key Words: demographic analysis, socioeconomic analysis, aged, demographic aging, biodemographic indicators



AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO AO IDOSO DA UnATI-UERJ

Jane Dutra Sayd(*)

Marcelo Cardoso Figueiredo(**)

Michel Luciano H.Toledano Vaena(**)

RESUMO

Realizou-se um inquérito, junto à população do ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), para se conhecer o padrão de automedicação da população idosa ali atendida. Foram colhidos 140 questionários de perguntas fechadas com as variáveis sexo, idade, residência, percepção de morbidade, medicamentos ingeridos na véspera, na última semana e nos últimos 30 dias, motivos para a ingestão e origem da prescrição. Encontrou-se uma média de ingestão de medicamentos mais baixa do que a relatada na literatura, de 2,7% por entrevistado, e um índice de automedicação de até 23,3%. Comparados esses dados aos de uma população semelhante, da UnATI como um todo, percebeu-se um índice de uso de medicamentos sensivelmente mais baixo na população do ambulatório, sugerindo que os médicos da Instituição apresentam uma conduta diferenciada e mais sóbria na prescrição.

Palavras-chave: automedicação, idoso, avaliação dos serviços, serviços de saúde para idosos

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O uso de drogas pela humanidade, para os mais diversos fins, é antiquíssimo e permanece como um ato, ainda hoje, cheio de conteúdos simbólicos nas mais diversas culturas. A produção crescente, na sociedade ocidental contemporânea, de drogas terapêuticas sempre mais potentes e de custos crescentes, impôs a necessidade de avaliação deste uso (Haaijer-Ruskamp, 1993). Pesquisas são realizadas com o intuito de se conhecer melhor a motivação e os fatores a determinarem a decisão de tomar remédios e a sua escolha, tanto por parte da pessoa que se auto medica ou cumpre uma prescrição, quanto por parte do médico que prescreve.

Há, em princípio, uma racionalidade técnica, seja de base experimental ou empírica, a guiar o uso de drogas terapêuticas, que, freqüentemente, não é seguida, inclusive por profissionais médicos (Hulka, 1989; Pepe, 1995). Considera-se que o uso de critérios como o hábito, ou a aceitação pouco crítica da propaganda da indústria farmacêutica, a atração pelo aparentemente novo e mesmo a falta de conhecimentos atualizados induz a um mau uso do medicamento. Este mau uso levaria ao aumento de complicações iatrogênicas evitáveis e a um custo desnecessariamente elevado para o tratamento de inúmeros problemas de saúde.

Paralelamente ao uso pouco criterioso da medicação, eventualmente praticado por médicos, o Brasil convive ainda com a falta de controle em todos os pontos da cadeia do consumo: desde a dificuldade na fiscalização do controle de qualidade, passando pela propaganda antiética e a distribuição de medicamentos já proscritos em seus países de origem, até um ponto crucial: o da venda no varejo tanto de medicações de valor reconhecido quanto de produtos de eficácia duvidosa, sejam baseados em tradições populares sejam alguns importados e desconhecidos pela nossa Vigilância Sanitária (Rozenfeld, 1992).

A virtual ausência de um controle rígido nas farmácias e da obrigação de se mostrar receita médica para adquirir drogas torna o problema da automedicação particularmente importante entre nós. Os estudos a respeito revelam uma multiplicidade de fatores determinantes da prática da automedicação, que variam de uma realidade social a outra, mas que é sempre mais intensa onde a fiscalização é mais precária (Loyola, M. A., 1984; Cordeiro, 1985). A prevalência da automedicação entre nós é elevada em todos os grupos etários (Arrais, 1997). Este estudo pretende dimensionar a importância do fenômeno da automedicação em uma população específica, a saber: a dos idosos usuários do NAI.

A média de medicamentos habitualmente tomados por idosos é elevada, como demonstra uma série de estudos realizados em diferentes países, e pode variar entre 3 e 7,3 substâncias por pessoa (Bernstein, 1989).

Ademais, a população idosa apresenta peculiaridades em relação ao uso de medicamentos. Alterações da massa corporal, com diminuição da proporção de água, diminuição das taxas de excreção renal e do meta-



bolismo hepático e tendem a aumentar as concentrações plasmáticas dos medicamentos, incrementando as taxas de efeitos tóxicos (Benet, 1996). Como consequência, cerca de 10% a 20% das internações hospitalares de idosos são em decorrência de reações adversas por medicamentos nos EUA (Nikolaus, 1996).

A transição demográfica brasileira e o envelhecimento da nossa população em ritmo acelerado, fazem desse fenômeno um problema de saúde de dimensões crescentes; particularmente se esse envelhecimento vem acompanhado de uma avalanche de medicamentos supostamente capazes de prolongar a vida, manter a juventude e evitar os males temidos da velhice.

Este trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa realizada junto ao Núcleo de Atenção ao Idoso, da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UERJ), visando a conhecer o padrão de automedicação e alguns outros aspectos do uso de medicamentos de sua clientela, que poderá vir a ser utilizado pela equipe profissional em seu trabalho de educação em saúde.

OBJETIVOS

Conhecer os hábitos da população idosa do NAI quanto ao uso de medicamentos sob os seguintes aspectos principais:

- frequência da automedicação;
- fonte mais utilizada de informação para automedicação;
- possível associação entre automedicação e algumas variáveis sócio-culturais, como grau de escolaridade, ingestão de bebidas alcoólicas, café e tabaco e padrão de morbidade.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em caráter exploratório, sem pretensões de testar hipóteses, embora o cruzamento de variáveis nas análises finais possa sugerir fatores determinantes para o padrão de automedicação encontrado. Optou-se pela técnica de survey com amostra aleatória e aplicação de questionário fechado.

AMOSTRA

O universo amostral constou de todos os pacientes que procuraram o NAI/UnATI de 12/96 a 30/04/97. Após garantia da enfermagem de que não havia critérios específicos para marcação de horário, optou-se por entrevistar sempre os primeiros quatro pacientes do dia, com rodízio pelos dias da semana (havia a impossibilidade de se sortear em um universo fechado, por problemas de registro do serviço).

Variáveis em estudo:

- idade em anos completos e sexo;
- grau de alfabetização e etapas colegiais atingidas;
- se ainda trabalha ou não; e se tem aposentadoria ou pensão;
- hábitos de tabagismo, ingestão de álcool e café;
- percepção de doença crônica, tabulada segundo uma lista de 12 causas, a partir das tabulações propostas na CID, 10ª revisão, de 1975, da Organização Mundial de Saúde;
- ingestão de remédio nas últimas 24 horas: sim ou não, qual(is);
- ingestão de remédio na última semana: sim ou não, qual(is);
- ingestão de remédio no último mês: sim ou não, qual(is).

Em todas as situações acima, para cada medicamento.

Origem da escolha do(s) medicamento(s), classificada em:

- prescrição médica atual ou em outra ocasião;
- recomendação leiga (vizinho, parente, amigo);
- recomendação de farmacêutico ou balconista de farmácia;
- auto-escolha por propaganda na imprensa, rádio, TV, ou outro motivo.

Questionário:

O questionário, de perguntas fechadas, foi montado após a definição final das variáveis, utilizando o software EPI6. Os entrevistadores foram treinados para a aplicação do questionário em dois momentos: por dramatização junto ao grupo de pesquisa e na realização do pré-teste, que originou ainda algumas modificações.

RESULTADOS

A amostra, inicialmente prevista para 200 questionários, foi reduzida para um total de 140, em virtude de uma greve de 35 dias que paralisou as atividades ambulatoriais no NAI. Ademais, a previsão de mudança do ambulatório para outra área física diminuiu o número de atendimentos e dificultou a coleta de dados. Acreditamos no entanto que, embora as possibilidades de generalização dos resultados estejam prejudicadas pela perda da homogeneidade na coleta de dados (passou-se a entrevistar todos os pacientes e, pela diminuição do fluxo, mesmo isto tornou-se impossível pela repetição de pacientes), a possibilidade de avaliação da atividade educativa do serviço está mantida.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A população entrevistada é composta, em sua maioria, por mulheres — cerca de 76% (Tabela 1), sendo que a distribuição por idade é idêntica para ambos os sexos, com maior concentração na faixa dos 70 anos (grupos 70-74 e 75-79).

*TABELA 1 — DISTRIBUIÇÃO DA
POPULAÇÃO DO NAI POR SEXO X IDADE, RJ, 1997.*

	<65	%	65-69	%	70-74	%	75-79	%	80-84	%	>85	%	Total	%
Feminino	5	71	26	79	25	76	29	76	18	82	5	71	107	76
Masculino	2	29	7	21	8	24	9	24	4	18	2	29	33	24
Total	7	100	33	100	33	100	38	100	22	100	7	100	140	100

A grande maioria da população possui o primeiro grau incompleto, sendo que dez são analfabetos e cinco sabem ler e escrever, mas não freqüentaram escola. O índice de escolaridade é mais elevado no sexo masculino: cerca de 23% têm segundo grau completo ou nível superior, contra apenas 8% das mulheres (Tabela 2).

TABELA 2 — DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO NAI POR SEXO X ESCOLARIDADE, RJ, 1997.

	1º Grau Incompleto	%	1º Grau Completo	%	2º Grau Completo	%	Superior	%	Total	%
Feminino	75	79	12	13	4	4	4	4	95	100
Masculino	18	60	5	17	4	13	3	10	30	100
Total	93	74	17	14	8	6	7	6	125	100

Apenas sete dos entrevistados realizam algum trabalho remunerado, sendo que três deles estão nas faixas acima de 75 anos. Quase todos são aposentados, e o grupo de pensionistas é composto exclusivamente por mulheres.

HÁBITOS DE CONSUMO

O hábito de beber café é generalizado; apenas 9% dos entrevistados negam sua prática (Tabela 3). O sexo masculino apresenta um percentual maior de bebedores de mais de seis xícaras por dia, mas, para ambos os sexos, a maioria (67%) compõe-se de bebedores moderados.

TABELA 3 — DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO NAI POR CONSUMO DE CAFÉ X SEXO, RJ, 1997.

	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
>6 xíc./dia	6	6	4	12	10	7
3 a 6 xíc./dia	20	19	3	9	23	16
<3 xíc./dia	72	67	22	67	94	67
Não bebe	9	8	4	12	13	9
Total	107	100	33	100	140	100

Apenas dez entrevistados são fumantes, cerca de 6% do total, sem diferença significativa entre os sexos. Quanto à ingestão de bebidas alcóolicas, verifica-se uma frequência maior entre o sexo masculino: mais da metade respondeu positivamente à pergunta se tem o hábito de beber, contra apenas 1/4 do sexo feminino. A maioria situa-se na faixa de menos de uma vez por semana (Tabela 4).

TABELA 4 — DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO NAI POR INGESTÃO ALCÓOLICA E SEXO, RJ, 1997.

	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Diariamente	2	2	1	3	3	2
2 a 3 x Semana	0	0	3	9	3	2
1 x Semana	2	2	2	6	4	3
< 1 x Semana	20	19	13	39	33	24
Não bebe	83	78	14	42	97	69
Total	107	100	33	100	140	100

PERCEPÇÃO DE MORBIDADE

A percepção de morbidade (a resposta à pergunta se tem alguma doença) segue o que se poderia esperar de uma população idosa: praticamente todos (à exceção de dois casos) têm a percepção de que há algum distúrbio ou doença crônica em suas vidas (Tabela 5).

TABELA 5 — DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO NAI QUANTO AO SEXO E PERCEPÇÃO DO NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS, 1997.

	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
1	21	19,6	8	25,8	29	21,0
2	39	36,4	14	45,1	53	38,4
3	34	26,1	9	29,0	43	31,1
4+	13	12,1	0	0	13	9,4
Total	107	100	31	100	138 (*)	100

(*) Excluídos 2 casos do sexo masculino que negam percepção de doença.

Observa-se que apenas 20% dos pacientes declaram apenas uma doença crônica. A maioria relata apresentar dois ou três problemas de saúde, e 13 pacientes do sexo feminino têm quatro ou mais, sem ninguém do sexo masculino nesta categoria.



**TABELA 6 — DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO
NAI QUANTO AO PERFIL DE MORBIDADE PERCEBIDA
PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR SEXO, RJ, 1997 (*).**

Doenças Percebidas	Feminino	%	Masculino	%	Total	%
Infeciosas e Parasitárias	3	12,2	1	1,5	4	12,9
Metabólicas e Endócrinas	21	8,5	6	9,5	27	8,7
Hematológicas	15	6,0	4	6,3	19	6,1
Doenças Mentais	16	6,5	5	7,9	21	6,8
SNC e Órgãos dos Sentidos	12	4,8	3	4,7	15	4,8
Aparelho Circulatório	70	28,4	28	44,4	98	31,7
Aparelho Digestivo	16	6,5	3	4,7	19	6,1
Aparelho Genito-Urinário	0	0	1	1,5	1	0,3
Sistema Músculo-Esquelético	60	24,4	8	1,2	68	22,0
Outros	33	13,4	4	6,3	37	11,9
Total	246	100	63	100	309	100

(*) Os totais referem-se ao universo de doenças relatado. Para conhecer a prevalência de cada item é possível considerá-lo sobre a população estudada (total 140: 107 mulheres e 33 homens).

Um terço das doenças relatadas é referida ao aparelho circulatório, 98 casos, o que dá uma prevalência de 70% na população estudada. Para o sexo masculino, este agravo é mais freqüente, com uma prevalência de 28 casos na população de 33 homens, sendo 44% do total de queixas no grupo. As pacientes do sexo feminino apresentam uma dispersão maior entre vários problemas crônicos. O item "sistema músculo-esquelético" se constitui em $\frac{1}{4}$ das queixas, próximo aos índices do aparelho circulatório. A prevalência de doenças metabólicas é semelhante para ambos os sexos — cerca de 19%, bem como a de doenças do SNC e órgãos dos sentidos, em torno de 15%. Não houve relatos de neoplasias.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Dos 140 participantes, 19 não tomaram nenhum medicamento na véspera, e apenas 5 não ingeriram nenhuma droga nos últimos 30 dias (Tabela 7). O número de medicamentos consumidos variou de 1 a 12 (este, um caso tomando todas as drogas nos últimos 30 dias). A média é de 2,31 medicamentos por entrevistado na véspera, excluindo os que não tomaram nenhum. Para a última semana, a média é de 2,72 medicamentos por entrevistados e nos últimos 30 dias é de 2,91, sempre excluindo os

que não tomaram nada no período. Os dados relativos a cada pergunta não podem ser somados cumulativamente, dado o tipo de questionário, e referem-se mais à confiabilidade da resposta em referência ao prazo. Assim, o índice da véspera é o mais confiável, e as respostas relativas aos últimos 30 dias, embora ampliem o espectro dos que se medicaram, podem estar subestimadas por esquecimento (não associado à idade, pois os questionários relativos a condutas relatam essa perda de informação como universal — Festinger & Katz, 1953).

TABELA 7 — DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR NÚMERO DE MEDICAMENTOS INGERIDOS, POR PERÍODOS INVESTIGADOS, NAI, 1997.

	Véspera	%	Última Semana	%	Últimos 30 dias	%
0	19	13,6	10	7	5	3,6
1	43	30,7	29	2,1	27	19,3
2,3	55	39,3	64	45,5	64	45,7
4+	23	16,4	37	26,5	44	31,4
Total	140	100	140	100	140	100

Na Tabela 8, verifica-se que a maioria das drogas foi ingerida segundo prescrição médica: cerca de 87,8% para os medicamentos ingeridos na véspera, caindo para 76,59% para os últimos 30 dias. A fonte de automedicação mais freqüente são “amigos e parentes”, variando de 6,42% na véspera até 14,25 nos últimos 30 dias. O item “por conta própria” está certamente influenciado pela propaganda na mídia, sem que o usuário se perceba influenciado (Carlini, 1995; Barros, 1995).

TABELA 8 — DISTRIBUIÇÃO DA FONTE DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PERÍODO, POR DROGA INGERIDA NAI, 1997 (*).

Fonte	Prescrição médica	%	Indicação amigos/parentes	%	Conta própria	%	Propaganda/Mídia	%	Balconista/Farmácia/Outros	%	Total	%
Período												
Véspera	246	87,85	18	6,42	10	3,57	2	71	4	1,43	280	100
Última Semana	283	79,94	36	10,26	24	6,7	4	1,13	7	1,98	354	100
Últimos 30 dias	301	76,59	56	14,25	28	7,1	4	1	4	1	393	100

(*) Os dados acima referem-se a três padrões de resposta e não se constituem em um somatório.

Somando-se as categorias outras que não a prescrição médica, obtemos um índice de 12,14% de automedicação para a véspera, índice que aumenta até 23,40 para os últimos 30 dias.

Cruzando-se a presença de automedicação para cada prazo investigado com as variáveis escolaridade/faixa etária em períodos de 5 anos e número de diagnósticos, encontrou-se uma distribuição homogênea. Não é possível, portanto, associar nenhuma dessas variáveis ao hábito da automedicação.

Optou-se por não se analisar o padrão farmacológico utilizado pela população. O dado obtido por percepção do paciente não permite uma correta avaliação da qualidade da prescrição ou uso do medicamento. Para tal, seria necessário que o entrevistado portasse as receitas ou embalagens de sua medicação, como realizado por Mosegui (1997) entre alunos da UnATI/UERJ. Não foram raras as respostas “remédio para pressão”, “para o coração” ou “para os nervos”.

Foi possível anotar, no entanto, que, paralelamente à medicação, a população fez ampla utilização de chás e infusões caseiras a título de tratamento com uma lista de 40 preparados. Os mais comuns são: chá de erva cidreira, 26; boldo, 14; erva doce, 12; camomila, 10 e carqueja, 6. Há chás de beringela, alho, couve com melancia, pata-de-vaca, quebra-pedra, cana do brejo e frutas, como goiaba, caju, carambola e jamelão, entre outros, e três pacientes relataram o uso de medicação homeopática.

CONCLUSÕES

A população estudada apresenta algumas peculiaridades inerentes à sua faixa etária. Por um lado, como sempre sucede em pacientes ambulatoriais, as mulheres são a grande maioria da população. A idade mais avançada, porém, faz com que os homens digam apresentar doenças crônicas do mesmo modo que as mulheres, o que já não acontece nas populações de ambulatório gerais — onde o sexo masculino comparece com queixas agudas e nega problemas crônicos de saúde. Note-se que o dado colhido se refere à percepção que o entrevistado tem de sua saúde e não à opinião médica propriamente dita.

Outra peculiaridade da população é a grande disparidade de níveis de escolaridade entre os sexos, observada nas populações mais idosas e que diminui bastante nos grupos etários mais jovens (IBGE, 1994). Do mesmo modo, o hábito de beber álcool foi significativamente distinto entre os sexos. O padrão de percepção de morbidade sugere que o ambulatório é de atenção primária, funcionando mais como porta de entrada — não se encontraram, por exemplo, portadores de neoplasias. O fato de não existirem enfermarias geriátricas específicas no Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ faz com que os egressos de internações sejam atendidos em outras unidades ambulatoriais, próprias à enfermaria da internação. O padrão de morbidade dos pacientes do ambulatório é, portanto, menos severo do que pode ser em geriatria.

Nota-se, outrossim, que os índices de automedicação são mais baixos do que em outros estudos. Gilbert (1993) encontrou 40% de idosos utilizando medicação não prescrita; Simons e col. (1992) encontraram índices variando de 29% a 44% para populações semelhantes. O presente estudo apresentou um índice de automedicação que variou de 12,14% para medicamentos tomados na véspera, 20% para a última semana até 23,4% para o último mês. As maiores fontes de indicação foram “amigos, vizinhos e parentes”, com percepção muita baixa de influência da propaganda na mídia. Causa espécie, igualmente, o baixo índice do balconista da farmácia como fonte de orientação. Tendo em vista, no entanto, que a ingestão medicamentosa não é alta, é possível que os dados correspondam à realidade.

Os resultados desse trabalho tornam-se interessantes se comparados a outro, realizado em população muito próxima deste estudo: a de alunos da UnATI/UERJ, de onde provém uma parcela dos pacientes do NAI (Mosegui, 1997). Consistiu este em uma avaliação sobre o uso de medicamentos numa amostra de 634 alunos do sexo feminino, matriculados desde 1993, todos, como na população do NAI, de 60 anos de idade ou mais.

Em primeiro lugar, na população de alunos, 9,1% (Mosegui, 1997) não tomariam qualquer tipo de medicação habitual, enquanto para os entrevistados do NAI este índice é de apenas 3,5% para ingestão nos últimos 30 dias — o que se explica por se tratar de uma amostra de pacientes ambulatoriais, enquanto a primeira é uma fração da população

geral. Para os que fazem uso de medicação, no entanto, os padrões divergem em outro sentido. O presente estudo encontrou um máximo de doze medicamentos para um caso isolado, enquanto na amostra da UnATI o número de medicamentos habituais chegou a 17 (Mosegui, 1997.).

A média foi, para a UnATI, de 4,4 medicamentos por pessoa e, para a amostra ambulatorial, de 2,31 para a véspera até 2,91 ao longo do último mês, um índice mais baixo, portanto. Apenas 52,7% das alunas da UnATI utilizaram de um a quatro medicamentos; os 47% restantes, utilizaram mais de cinco. Este estudo encontrou 68% dos entrevistados tomando de um a três medicamentos nos últimos trinta dias. Verifica-se, portanto, um padrão de utilização mais baixo de medicamentos na população sob o controle ambulatorial pelo NAI. Tal dado sugere um fato cuja investigação não fez parte do protocolo inicial do trabalho: o de que os profissionais do NAI apresentam um padrão de prescrição extremamente sóbrio e capaz de influenciar a população atendida. Tal fato, embora necessite de mais investigação para comprovação cabal, termina por funcionar como uma avaliação positiva inicial do serviço.

A reforçar este ponto de vista, temos ainda o padrão de automedicação na população de alunas da UnATI que está na faixa de 15,5%. Este índice, baixo se comparado à literatura, e intermediário para os padrões encontrados em nosso estudo, mostra que a grande ingestão de fármacos neste grupo é prescrita por médicos. Efetivamente, cerca de 83,8% dos medicamentos empregados pelos alunos da UnATI é originado de prescrição médica.

Como conclusão pode-se apontar, portanto, que o paciente do ambulatório NAI apresenta um padrão de uso de medicamentos diferente e melhor do que o encontrado na bibliografia. São necessários estudos junto à equipe de profissionais do mesmo para conhecer em maior profundidade seus padrões de decisão e, eventualmente, divulgá-los para incrementar, em nosso meio, o uso mais criterioso do medicamento.

NOTAS

- (*) Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ
(**) Aluno de graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e bolsistas do PIBIC/ UERJ (iniciação científica)
(**) Aluno de graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e bolsistas do PIBIC/ UERJ (iniciação científica)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARRAIS, P. S. et al. Perfil de automedicação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 71 -7, 1997.
- BARROS, J. A. C. *Propaganda de medicamentos atentado à saúde?* São Paulo: HUCITEC/ SOBRAVIME, 1995.
- BENET et al. Pharmacokinetics: the dynamics of drug absorption, distribution, and elimination. In: GOODMAN, A. G. et al. (org.). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 9. ed. New York: McGraw-Hill, p. 3 - 28, 1996.
- BERNSTEIN, L. et al. *Characterization of the use and misuse of medications by elderly ambulatory population*. *Medical Care*, v. 27, n. 6: p. 654 - 63, 1989.
- CARLINI, A. E. *Medicamentos, drogas e saúde*. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995.
- CORDEIRO, H. *A indústria de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FESTINGER, L.; KATZ, D. *Los metodos de investigación en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1953.
- GILBERT, A. et al. Medication use and its correlates among the elderly. *Australian J. Pub. Health*, v. 17, n. 1 p. 18 - 22, 1993.
- HAAIGER-RRUSKAMP, F.; HEMMIKI, E. The social aspects of drug use. In: DUKES M. N. G. (ed.) *Drug utilization studies: methods and uses*. Finland, WHO, n. 45. 1993.
- HULKA, B.; WHEAT, J. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med. Care*, v. 23, n. 5, p 438 - 58, 1989.
- IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, 1994.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- MOSEGUI, G. M. G. *Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.



- NIKOLAUS, T. Elderly patient's problems with medication: an hospital and follow-up study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. v.49, p. 255-9, 1996.
- PEPE, V. L. E.; VERAS, C. M. T.. *A prescrição médica*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995. 26 p (Série Estudos em Saúde Coletiva, 111).
- ROZENFELD, S.; PORTO, M. A. Vigilância Sanitária: uma abordagem ecológica da tecnologia em saúde. In: LEAL et al. (org) *Saúde, ambiente e desenvolvimento; processos e conseqüências sobre as condições de vida*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992. v. 2.
- SIMONS, L. A. et al. Multiple medication use in the elderly. Use of prescription and non-prescription drugs in Australian community setting. *Me. J. Aust.*, v.157, n. 4, p. 242-6, 1992.
- VERAS, R. *País jovem de cabelos brancos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ABSTRACT

A survey was conducted among the patients from de Núcleo de Atenção ao Idoso/Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, to know the self prescription patterns of that elderly people. An structured questionnaire was applied to 140 patients, including variables like sex, age, perception of disease, drugs consumption and source of prescription. The results show a lower drugs consumption from this population, when compared with the current bibliography, 27% drugs in average. The self prescription index is 23,3% of the total amount prescribed. Comparing these rates with those from a similar study among healthy elderly people from the Universidade da Terceira Idade/UERJ, it was found that the prescription pattern of the NAI Doctors was differentiated, probably in a more proper way.

Key-Words: self medication, aged, services evaluation, health services for the aged.

A DEPENDÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PERDA DE AUTONOMIA: ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES PARA IDOSOS DE UMA UNIDADE AMBULATORIAL GERIÁTRICA

Maria Angélica S. Sanchez*

RESUMO

Este artigo é o resumo de uma pesquisa¹ realizada no serviço de Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI) – UnATI-UERJ² – cujo objetivo foi investigar representações de idosos sobre suas relações familiares. Entrevistamos 11 idosos, na faixa de 65 a 82 anos, que apresentavam incapacidade funcional, causadora de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária.

Os pressupostos que nortearam o estudo preconizaram a possibilidade do exercício da autonomia de pensamento, de vontade e decisão mesmo em face de um comprometimento da autonomia de ação. Os resultados revelaram que a dependência compromete a autonomia total da pessoa, trazendo à tona a teia de relações familiares, permeadas de atitudes ambíguas e revestidas de um misto de zelo paternalista com autoritarismo discriminatório, explicitado pela falta de negociação e de espaço vital ao idoso.

Palavras-chaves: idoso, relações familiares, dependência (Psicologia)

1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O CENÁRIO BRASILEIRO

As questões referentes ao processo de envelhecimento se tornaram alvo de discussões e estudos em todo o mundo. No Brasil, tal interesse surge em decorrência de um sensível aumento na expectativa de vida média da população, observada a partir da década de 1950. Por um lado, deparamo-nos com uma situação que nos revela os avanços das tecnologias; por outro, percebemos que o processo de envelhecimento se acelera e que a sociedade ainda não está preparada para encarar os desafios dessa nova realidade.

Em decorrência das mudanças ocasionadas pela emergência de um novo perfil populacional, cresce a consciência a respeito do impacto decorrente desse processo e das condições adversas às quais tal população estará exposta (Veras, 1987). Estudos norte-americanos têm demonstrado

o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, ressaltando o fato de 85% dessa população com mais de 65 anos serem acometidos por doenças crônicas, o que faz com que a saúde, os níveis de energia e a mobilidade sofram uma redução. Tal situação se agrava ainda mais na população com mais de 85 anos que, em face de seus problemas, vê reduzida a capacidade para desempenhar as atividades de vida diária, tornando-se, conseqüentemente, dependente dos cuidados de outros (Schank & Lough, 1989).

Hoje, embora tenhamos um número elevado de pessoas idosas que preservam sua capacidade funcional, encontramos também um número expressivo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas, os quais apresentam, paralelamente, acentuado declínio das suas funções e que as tornam dependentes.

Apesar das iniciativas que apregoam prioridade ao social e à área da saúde, os recursos financeiros disponíveis para cobertura das necessidades do setor social e de saúde são ainda insuficientes, sobretudo no que tange à atenção à pessoa idosa. As doenças crônico-degenerativas demandam tratamento oneroso e o sistema de saúde, em face das dificuldades históricas, acaba por não atender adequadamente a este segmento da população.

Ainda tímidos, os estudos gerontológicos apontam para o desencadeamento de ações capazes de oferecer subsídios para o planejamento de novas modalidades de atendimento à pessoa idosa, seja na detecção precoce dos déficits funcionais, na prevenção de doenças e promoção de saúde, ou na reabilitação de funções. Entretanto, tais ações serão imprescindíveis para a preservação ou o resgate da autonomia da pessoa, almejando-se assim uma população que, embora não produza bens materiais, já o fez na época hábil e, por isso, continua tendo o direito de usufruir da atenção e cuidados como cidadão.

2. ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

2.1. *O envelhecimento normativo e o envelhecimento patológico*

Parte-se da idéia de que o processo de envelhecimento se constitui em mais uma etapa da vida. Entretanto, o homem, por enfrentar situações

adversas, muitas vezes se depara com condições desfavoráveis, o que implica a necessidade de conviver com uma etapa de vida impregnada de problemas.

O que significa envelhecer? Quando este envelhecimento é normal ou patológico? Para abordar as questões referentes ao envelhecimento temos que avaliar, inicialmente como ocorre este processo. Carvalho Filho conceitua o envelhecimento como:

Um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte. (Carvalho Filho, 1996)

O envelhecimento é um processo inexorável, que, considerando-se os fatores genéticos, ambientais e psicológicos, isto é, as condições a que uma pessoa está exposta, pode ocorrer de variadas formas. O envelhecimento pode ser analisado a partir dos pontos de vista cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico e funcional, cada qual com suas especificidades e respondendo diferentemente aos questionamentos em relação ao processo de envelhecer (Robledo, 1994).

De acordo com os estudos do autor citado, o envelhecimento ocorre de formas variadas, independente da idade da pessoa. Existem pessoas que, aos 80 anos, estão em plena vida produtiva, apesar de todas as vicissitudes impostas pela idade, ao passo que pessoas que ainda não chegaram aos 60 anos encontram-se em estado de total decrepitude.

Como poderíamos diferenciar o envelhecimento normativo do patológico? Canguilhem comenta que a sociedade, utilizando seus próprios padrões de exclusão, é responsável pela determinação do que se constitui como normal e como patológico. O autor procura diferenciar semanticamente os conceitos de anormalidade e anomalia, deixando claro que o teor do tratamento deve ser direcionado às situações anômalas, isto é, irregulares, que estão apresentando alguma desordem (Canguilhem, 1995).

Ao definir as características de envelhecimento normal, Papanéou Netto e Ponte, argumentando sobre as fases pelas quais passa o organismo humano ao longo da vida, ou seja, a puberdade, maturidade e envelhecimento, deixam claro

que facilmente se identificam as transições de uma fase para a outra. Entretanto, os autores comentam sobre a dificuldade de definição quanto às etapas do próprio período de envelhecimento, visto que este é marcado por declínios funcionais que, geralmente, começam de forma quase imperceptível na segunda década de vida (Papaléo Neto; Ponte, 1996). Tais declínios, caracterizados através dos déficits, são entendidos como “deterioração ou incapacidade da função neurológica: perda da fala, perda da linguagem, perda da memória, perda da visão, perda da destreza, perda da identidade e inúmeras outras deficiências e perda das funções (ou faculdades) específicas” (Sacks, 1997).

Partindo dos pressupostos de Canguilhem, os declínios poderiam ser considerados anomalias a que qualquer ser humano está sujeito. A anormalidade, por sua vez, estaria relacionada à forma como o próprio indivíduo se enquadra diante desta situação. Portanto, a capacidade de adaptar-se a uma nova condição de vida, mesmo com anomalias, faz com que o envelhecimento não se constitua como processo anormal. “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instruir novas normas (...)”. Essas normas são construídas ao longo do curso de vida, prioritariamente desde a primeira infância, no desenvolvimento de uma personalidade saudável, fazendo com que o indivíduo seja capaz de aprender a conviver com situações diversas (Canguilhem, 1995).

Assistimos, hoje, a um elevado número de pessoas idosas, total ou parcialmente incapacitadas, que, por conta de seus de seus déficits, se isolam e perdem completamente sua capacidade de participação e expressão frente aos problemas do cotidiano. São pessoas que, em face de suas limitações, se tornam dependentes dos cuidados de terceiros, que, por sua vez, limitam o exercício de sua autonomia.

2.2. A dinâmica da dependência e perda de autonomia

O ser humano, no decorrer de sua existência, enfrenta situações geradoras de transformações que atingem o seu ápice na velhice, mudando, muitas vezes, o curso de vida. Alguns eventos que vão surgindo de forma gradativa são capazes de alterar a trajetória de vida da pessoa idosa. Entre estes destacamos: 1) perda do papel profissional; 2) perda de amigos, familiares e contatos sociais gratificantes; 3) trans-

formações físicas e hormonais; e 4) comprometimento das condições de saúde (Novaes, 1995).

Os eventos acima descritos, sobretudo os que dizem respeito às condições de saúde, podem comprometer a capacidade funcional, levando a pessoa à dependência e à perda da autonomia. Analisando a realidade atual, é crescente o número de pessoas com incapacidade funcional, o que implica dependência para a realização das atividades de vida diária. A dependência é um problema para a maioria das pessoas. Na velhice, muitas vezes, se configura como perda de espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem suas próprias vidas.

Baltes e Silverberg, comentam que a dependência, na velhice, é resultado de mudanças ocorridas ao longo do curso de vida e acrescentam que elas englobam desde as mudanças biológicas até as transformações exigidas pelo meio social. As autoras discriminam a dependência em três níveis: a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que e enquanto produz. A dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, falta de condições para realizar as tarefas da vida diária. Finalmente, a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrém. Referimo-nos à circunstância em que uma pessoa é considerada incompetente para realizar suas tarefas. Diante dessa avaliação, alguém sempre assume a função de fazê-lo em seu lugar, mesmo que não haja necessidade ou que a própria pessoa não o deseje (Baltes & Silverberg, 1995).

Nos meios especializados em assistência ao idoso, desde o início do século, há preocupação com a avaliação do grau de dependência para a realização das atividades de vida diária. Entretanto, há trinta anos, foram desenvolvidos instrumentos mais eficazes no sentido de mensurar o grau de incapacidade da pessoa e, além disso, identificar as áreas que demandam maior atenção. A rigor, dois grupos de atividades abrangem a capacidade funcional das pessoas idosas: Atividades de Vida Diária (AVD's), que envolvem ações básicas do manejo com o próprio corpo; e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), que estão relacionadas à forma como a pessoa está adaptada ao seu meio ambiente. Entre outros tipos de

instrumentos avaliativos, destacamos as escalas desenvolvidas por Katz e Lawton (Spector, 1989; Katz, 1983; Lawton, 1969). Para mensurar a performance da realização das AVD's, Katz propõe que se avalie o grau de dependência para a pessoa se banhar, se vestir, usar o banheiro, se transferir do leito, controlar esfíncteres urinário e fecal, e se alimentar. Lawton também propôs um instrumento para avaliar as tarefas concernentes às AIVD's que estão relacionadas com a capacidade da pessoa realizar determinadas tarefas ambientais tais como: fazer compras, cozinhar, cuidar da limpeza da casa, lavar roupas, usar transportes, administrar dinheiro e medicações e fazer uso do telefone (Katz, 1983).

Mesmo avaliando essas possibilidades, Baltes e Silverberg (1995) ressaltam que:

Uma incapacidade orgânica não é condição necessária nem suficiente para a dependência. Apesar disso, dentro da dinâmica das interações sociais e da percepção social, a dependência física é freqüentemente interpretada como um sinal de incompetência geral, geradora de dependência generalizada.

As autoras adotam posicionamento crítico diante da tendência de associar a dependência física com a perda total de autonomia. Entretanto, quando falamos em autonomia, pensamos na capacidade para tomar decisões, na possibilidade de autogoverno e de administrar a vida de acordo com valores próprios.

Motta (1992), tecendo considerações acerca da autonomia, recorre aos estudos filosóficos. Para a autora, "autônomo é quem tem em si mesmo a própria lei". Segundo Gillon, a autonomia pode ser avaliada à luz de três critérios: autonomia de ação, autonomia de vontade e autonomia de pensamento. Para este autor, a autonomia de ação é aquela em que o homem pode agir de forma independente, sem qualquer obstáculo; a autonomia de vontade é a que permite ao ser humano decidir sobre coisas com base nas suas próprias deliberações, e a autonomia de pensamento é a que faz do homem, no uso de sua capacidade intelectual, um ser que pode tomar decisões com base nas suas crenças e valores (Gillon, 1995).

Estudos como os de Pavarine mostram a influência da autonomia na qualidade de vida das pessoas idosas, ressaltando que, apesar do grau

de fragilidade ou dependência, é importante que elas próprias exerçam o controle de suas vidas, a despeito das limitações com que se deparam (Pavarine, 1996). Decorre daí que, se a pessoa idosa mantiver preservada sua cognição, as limitações físicas não podem constituir, por si, obstáculos para a realização de seus desejos, vontades e para que tenha participação nas decisões que dizem respeito, em especial, à própria vida. Não se pode negar que a incapacidade para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária exige redimensionamento das atividades de outras pessoas (geralmente familiares), que têm que se reestruturar para colaborar na realização dessas tarefas. Sabemos que tal circunstância resulta em situações nem sempre satisfatórias para a pessoa idosa. Esse ponto é objeto de análise de Monteko e Greenberg, cujo trabalho com idosos levou à conclusão, no que tange à dependência física, de que o maior receio dos idosos é a possibilidade de a dependência vir a transformá-los em carga para a família (Monteko & Greenberg, 1995).

Em nossa cultura, monta-se um cenário em torno de uma suposta qualidade de vida que possui como indicador a preservação da capacidade funcional atrelada à manutenção da autonomia. Se há perda de algumas funções, associa-se imediatamente à perda total da autonomia, o que conseqüentemente afeta o processo de envelhecimento. Uma das formas de mensurar a qualidade de vida satisfatória consiste na aferição do grau de autonomia de uma pessoa, ou seja, o grau de independência que ela possui para desempenhar suas atividades de vida diária (Evans, 1984).

É preciso compreender que o fato de uma pessoa apresentar limitações físicas não implica a necessidade de isolamento da convivência, nem privação de participação social. Dizendo de outra maneira, inferimos que a incapacidade funcional não se constitui em marco para a dependência.

2.3. O Estudo

Nosso estudo foi realizado no serviço de Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI), um programa da Gerência de Extensão da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que funciona na Policlínica Piquet Carneiro e que se propõe a prestar assistência à população a partir de 65 anos.

Apoiamo-nos na abordagem qualitativa, com enfoque no fenômeno das Representações Sociais, visto que tal abordagem atendia o objeto proposto, qual seja, a representação do idoso sobre suas relações familiares, tomando como ponto de referência sua incapacidade funcional. Optamos por trabalhar sob este enfoque, objetivando buscar, através do discurso, o sentido da dependência para esses sujeitos.

Os dados foram coletados a partir de entrevista semi-estruturada. Partindo dos conceitos de autonomia, utilizamos um roteiro que pudesse conduzir a dinâmica da entrevista. O roteiro que serviu para orientar as entrevistas contemplou questões referentes à autonomia de ação, ou seja, possibilidade de realizar tarefas sem ajuda de terceiros, e questões referentes à autonomia de pensamento que engloba ações concernentes à tomada de decisões em situações de interesse da pessoa dependente. Complementando o roteiro de entrevista utilizamos alguns instrumentos que fazem parte da rotina da instituição.

Além dos instrumentos, nos valem das observações acerca do cotidiano desses idosos no ambulatório e das falas utilizadas nas atividades de sala de espera. Todo esse instrumental nos ajudou a complementar o conjunto de características desse idoso, enriquecendo ainda mais o estudo.

Para esta seleção, realizamos um levantamento nos prontuários que nos forneciam, através da triagem funcional anteriormente aplicada, uma visão das pessoas idosas com indicativo de incapacidade funcional. Nessas aplicamos as escalas de Lawton e Katz para avaliarmos o grau de dependência, objetivando selecionar apenas aqueles cuja incapacidade implicasse recebimento de ajuda de terceiros.

Para categorizar a dependência utilizamos, baseados na literatura dos autores supracitados, os seguintes critérios:

Dependência nas AIVD's

1) Homens que não podiam realizar as seguintes tarefas:

Fazer uso do telefone, sair de casa sozinho, fazer compras, utilizar medicação e administrar seu próprio dinheiro.

2) Mulheres que não podiam realizar as seguintes tarefas:

Fazer uso do telefone, fazer compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico fazer uso de medicações.

Consideramos dependentes parciais aqueles que realizam as cinco tarefas, mas necessitam da assistência de outra pessoa, ou não realizam sozinhos duas ou mais tarefas e dependentes totais aqueles não executam sozinhos as cinco tarefas.

Dependência nas AVD's

Homens e Mulheres sem distinção de tarefas

Consideramos dependentes parciais aqueles que executam mais de três tarefas necessitando de assistência, e dependentes totais aqueles que não executam mais que três tarefas.

Aplicamos as escalas de Lawton e de Katz e realizamos as entrevistas logo após a aferição do grau de dependência. Para isto nos utilizamos da técnica do gravador.

As transcrições foram realizadas na íntegra; entretanto, ao citarmos as falas, procedemos à correção conforme as normas gramaticais.

Não estabelecemos, previamente, um número de entrevistas. Estas foram sendo realizadas até o momento em que chegamos ao ponto de *saturação* dos dados, o que começou a acontecer na décima primeira entrevista. Não houve a intenção de generalização de resultados, mas sim de organização destes como referencial para outros estudos.

Para a análise preliminar dos dados, procedemos a sucessivas leituras das entrevistas transcritas buscando a melhor forma de categorizar os dados colhidos. Construímos um conjunto de categorias descritivas elaborado a partir de codificações quanto às limitações, possibilidades, interação social, familiar, expectativas e auto-imagem criada pela pessoa dependente. A partir daí construímos os núcleos figurativos para a organização dos dados.

3. DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS

Neste espaço faremos uma breve apresentação parcial dos resultados do estudo, dando ênfase aos limites do exercício da autonomia nas situações de dependência, abordando as principais implicações para a interação familiar e social.

A unidade familiar exerce grande influência na vida das pessoas idosas, sobretudo quando elas se encontram dependentes de cuidados de outros membros. Observamos, ao longo de nosso trabalho, as manifestações familiares e a imensa teia de conflitos existentes nesses momentos.

Sabemos que a bagagem, em termos de aspectos valorativos e afetivos no núcleo familiar, define, em parte, como se dá essa relação de cuidado às pessoas idosas. Do ponto de vista da prática, entretanto, dependendo do nível de incapacidade, chega um momento em que, inevitavelmente, um membro da família é compelido a assumir a função de cuidar, seja por instinto, por vontade ou por conjuntura (Menezes, 1993), o que difere do ato de cuidar por vontade onde as relações são mais amistosas.

O estudo nos mostrou que inúmeras são as situações em que o idoso dependente encontra (ou opõe) dificuldades para uma interação familiar satisfatória. A dependência acaba por torná-lo um peso e as situações estressantes se instalam de modo que a família pára de contribuir com o potencial residual que a pessoa apresenta. Deste modo, a impossibilidade de interação positiva e ausência de respeito podem ser causadas pelo desequilíbrio das condições em que se dá o cuidado.

Foram constantes os relatos sobre a falta de interação positiva e observações em que os sujeitos do estudo declararam-se privados de situações propiciadoras de contatos sociais pela falta de estímulo e apoio da família e pela total ausência de interação familiar. Quando nos referíamos a situações que, potencialmente, levam a contatos sociais gratificantes, freqüentemente houve menção ao cerceamento dessas ações por parte de parentes.

Nosso estudo mostrou, entretanto, que a dependência desencadeia algumas situações que impõem limites ao exercício da autonomia, sobretudo no que tange à participação e tomada de decisões em situações de interesse pessoal dos idosos.

A participação na dinâmica familiar foi o aspecto que mais prendeu nossa atenção, porque é através dessa participação que vamos buscar as representações do idoso sobre sua relação familiar e porque a discussão proposta no presente estudo concentrou-se nesse ponto.

A ênfase nesse aspecto decorre de que a dependência física não destituiu a pessoa de seu direito de participar de discussões, de opinar e até de tomar decisões nas questões relativas a si próprio e à sua família. Todavia, em nossa convivência com os participantes da investigação e com suas manifestações em diferentes momentos, sugerem que os mesmos, muitas vezes, foram colocados à margem dos problemas familiares mesmo quando as circunstâncias que eram objeto das decisões diziam respeito a eles, individualmente ou no grupo familiar. Esse achado não surpreende, pois verificamos, que, no âmbito familiar, as relações apresentavam impasses quanto à participação dos idosos de uma forma geral.

Ao longo da coleta de dados, emergiram esclarecedoras manifestações referentes a uma forma bastante primária de participar, que organizamos nas dualidades: tomar conhecimento, não tomar conhecimento e dar opinião e não ser ouvido. No que tange à tomada de decisões e à livre expressão de opinião, os resultados nos sugerem certa segregação. Eles revelaram que alguns idosos dependentes, em certas situações, apenas tomam conhecimento dos fatos ou das decisões, outros sequer tomam conhecimento e aqueles que insistem em participar, expressam suas opiniões e sequer recebem atenção.

Na verdade, nesse caso, como em muitos outros, as pessoas tendem a desconsiderar a individualidade e o potencial de seus parentes dependentes. A partir desse pressuposto, sentem-se no direito de exercer pleno domínio sobre suas vidas. Como observa Bosi (1995), em nome de uma ação, supostamente desenvolvida para o bem do próprio velho, privam-no do direito humano de autonomia e de participação, até mesmo nas circunstâncias que transformam seu cotidiano e sua maneira de viver.

A falta de negociação e de diálogo é indicadora de relações mecânicas que não abrem espaço para parceria, nem para trocas positivas. E isso se reflete no estado físico e emocional desses idosos.

Quando se procura aprofundar a análise desse fenômeno, lembramos que o diálogo é a tônica, o requisito básico das relações interpessoais. É por meio do processo de comunicação de sentimentos, idéias, valores e opiniões que estabelecemos as trocas mais significativas com nossos semelhantes.

Em outras falas emergiram representações que sugerem banimento das opiniões e da participação do velho do âmbito das discussões importantes para o grupo familiar. Tem-se a impressão de que o envelhecimento é percebido como um processo que acarreta automaticamente a perda da capacidade de exercitar o raciocínio, de expressar-se com clareza e consciência. Eles sentem-se tratados como se apenas os adultos mais jovens fossem detentores do saber e do poder de decisão.

Como esclarece Bosi (1995), a família acaba por cercear a liberdade de escolha dos parentes que estão sob seus cuidados e, em nome de um certo bem-estar, opta por privá-lo até de administrar seu próprio dinheiro. Nossos resultados são coerentes com esses comentários da autora referida que, analisando problema similar, enfatiza que, com este comportamento de tomada de decisões, a família acaba por tornar esse idoso cada vez mais dependente de suas ações.

No que tange às relações interpessoais, sabemos que tendem a diminuir com o envelhecimento, visto que as próprias limitações com que convivem as pessoas idosas determinam redução no número de parceiros e de contatos sociais (Neri, 1995). Um fator decisivo neste sentido está relacionado aos declínios funcionais, que impõem uma série de limites para a articulação e integração das pessoas com o mundo exterior ao ambiente doméstico. Analisando essa problemática na velhice, Bosi (1995) lembra que “para a comunicação com os seus semelhantes, precisa de artefatos: prótese, lentes, aparelhos acústicos, cânulas. Os que não podem comprar esses aparelhos ficam privados de comunicação”.

Outra situação que impõe limites à interação social do velho à sociedade diz respeito às barreiras ambientais, conforme ressalta Bosi (1995):

O coeficiente de adversidade das coisas cresce: as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados de carregar.

O mundo fica eriçado de ameaças, de ciladas, uma falha, uma pequena distração são severamente castigadas.

Esses comentários da autora encontram também respaldo em alguns achados do presente estudo. Mais uma vez, fica claro que as limitações, decorrentes da dependência, ou do meio ambiente, acabam por dificultar ou até impossibilitar a interação dessas pessoas, distanciando-as do convívio social.

Essas perdas costumam ser associadas a outras, vinculadas aos contatos sociais, o que só amplia o nível dos desafios a superar. Entre outros, obviamente está o isolamento e, por conseqüência, a solidão do velho em nossa sociedade. Nesta linha de pensamento, lembramos que algumas situações fazem parte dos contatos sociais gratificantes a uma pessoa idosa, mesmo que tais contatos se reduzam a visitas a pessoas amigas enfermas. O exercício da solidariedade, nesses casos, proporciona oportunidade para a realização de trocas afetivas e para resgatar a sensação de sentir-se útil, prestando apoio a quem se encontra em circunstância ainda pior. Nesse sentido, percebemos que muitas vezes alguns idosos foram impedidos de realizar tal tarefa devido à impossibilidade de algum familiar os acompanhar, o que os impedia de exercitarem papéis sociais relevantes.

Ainda na mesma linha de raciocínio, foram mencionados eventos especiais, como a morte de entes queridos, o que determina a sensação de perda inestimável. Beauvoir (1990), aborda essa circunstância e assinala que “a morte de alguém que estimamos constitui uma brutal ruptura como o nosso passado”. Neste sentido, cabe ressaltar que esse brutal processo é especial para as pessoas idosas. Elas freqüentemente gostariam de acompanhar as cerimônias que, em nossa cultura, são realizadas na ocasião.

Para melhor compreender esses dados, julgamos ainda pertinente levar em consideração que, segundo os valores sócio-culturais dominantes em nosso meio, envelhecer significa proximidade da morte, que inevitavelmente constitui o fim último de cada ser humano. Entretanto, conforme ressalta Atcheley (1987), o processo de morrer, o significado da morte e a mágoa que a perda determina, adquirem maior peso e dimensão para a pessoa idosa. Uma pesquisa realizada

sobre o assunto detectou alguns fatores capazes de influenciar a baixa prevalência do medo da morte. Entre outros, seus resultados indicam a convivência das pessoas com tal evento. A convivência com a morte de amigos pode ajudar a socialização da pessoa idosa em direção à aceitação da própria morte (Kalish, apud Atcheley, 1987).

Julgamos também relevante assinalar que a morte é representada de formas variadas, dependendo da concepção que cada grupo cultural tem acerca do assunto, de valores religiosos e de muitos outros fatores. Cada grupo tem o seu modo peculiar de percebê-la: alguns a vêem como feia, outros como punição, extinção da vida sem sentido, mas outras pessoas a entendem como bonita, pois a definem como possibilidade, rito de passagem para um novo e melhor tipo de vida (Atcheley, 1987).

Ao observar cada problemática decorrente da dependência, tornou-se por demais evidente que as representações que estes sujeitos carregam nos remetem a uma análise da contraposição entre ontem (beleza, força, vigor, atividade, produção, iniciativa, em síntese autonomia) e hoje (doença, privação, limites, inatividade, solidão, impotência). Beauvoir (1990) contribui para a compreensão desses antagonismos quando se refere às representações do passado e diz: “nós o vivemos como um presente rico do futuro para o qual ele se lançava; só resta dele o esqueleto”. É exatamente essa a percepção que temos acerca do ontem e do hoje vividos por essas pessoas. A sensação de que toda uma vida produtiva transformou-se em “esqueleto”, sem vida nem perspectivas.

Ao analisarmos as falas, percebemos que o presente é permeado de angústia e de palavras que demonstram o quanto este presente é desolador. Não há mais “prazer”, “vontade de viver”, não há mais “vida a ser saboreada”. Todavia, o passado, como um fantasma, está sempre presente, como doloroso parâmetro que leva a fantasia a avaliar o que já foi e não poderá mais ser.

Ao longo do trabalho, temos sugerido que a ruptura com atividades cotidianas a que os idosos estavam habituados muitas vezes constitui problema desencadeador de novos obstáculos a que a pessoa tem de se adaptar. Da mesma forma, quando falamos em limitações e possibilidades,

estamos aludindo a um aproveitamento do potencial individual, o que implica a necessidade de partir das capacidades residuais, aproveitando-as e aprendendo a conviver com as limitações.

4. CONCLUSÕES

Estudar as representações do idoso sobre as relações familiares nos fez perceber que as possibilidades de interação social do velho, em nossa sociedade, estão sujeitas a drásticas reduções .

A literatura mostra o quanto a participação social exerce influência positiva na vida das pessoas idosas. É através da participação social que se interage com o meio e que se estabelecem ou reforçam os laços da rede social. Em sentido contrário, podemos cair no que Motta (1992) denomina *morte social*, ou seja, "(...) o total isolamento, a completa ausência de relacionamentos interpessoais; é a impossibilidade ou a perda da capacidade de estabelecer relações significativas com outros seres humanos". Estudos enfatizam igualmente o papel da sociedade capitalista que, de maneira geral, atua de forma decisiva para que o idoso seja socialmente excluído a partir do momento em que deixa de ser economicamente produtivo. Desse modo, determina-se também que assuma a condição de inútil, superado, descartável, tão ao gosto de certos segmentos que defendem valores distorcidos quanto ao que seja moderno.

Por isso, é muito comum ouvirmos relatos de pessoas idosas que reclamam da impossibilidade de participar das decisões familiares, de expressar suas opiniões diante de fatos de seu interesse e até de escolher o melhor local para residir. Muito freqüente e explicável também é o comportamento depreciativo, insensível ou negligente da família, em face dos declínios funcionais de seus parentes mais velhos.

No que concerne ao objeto específico de nossa pesquisa, identificamos representações sobre dificuldades decorrentes das limitações ao exercício da autonomia, no sentido de expressão de sentimentos, desejos e ações no âmbito das possibilidades e limites de cada pessoa. É relevante destacar que todos os participantes da pesquisa tinham condição pessoal de tomar decisões acerca de algumas situações de vida, que dependem mais de negociação com o grupo familiar do que da ação deste grupo.

Contudo, os resultados nos mostraram tendência a não respeitar os valores de seus integrantes, limitando suas ações muito mais do que seria humanamente aceitável. Não poder andar não implica necessariamente estar impedido de pensar, decidir, desejar. Neste sentido, nos reportamos a Branden (1996), quando diz que “até mesmo a pessoa mais passiva e dependente é responsável por si em certas áreas e em determinados momentos”.

A esse respeito, os resultados propiciaram considerações importantes. A principal delas esteve relacionada com as limitações que a dependência impõe, limitações essas não condizentes com a ação, mas com o desejo e o direito de manifestar-se enquanto sujeito e cidadão. Nesse contexto, é compreensível que as relações familiares se apresentem conflituosas e insatisfatórias, conforme as representações dos idosos. Não há diálogo e muito menos possibilidade de escolha. Há, simplesmente, um cerceamento de ações, seja no campo afetivo, intelectual, social e religioso.

Diante dos achados da pesquisa, concluímos que a dependência é, conforme muitos autores esclarecem, o maior problema da pessoa que envelhece. Em todas as entrevistas emergiram, espontaneamente, comparações depreciativas, permeadas de mágoa e desesperança, quando analisaram suas vivências atuais em confronto com o passado, especialmente no período anterior à dependência. As falas estavam sempre impregnadas de profundo pesar, não pela perda funcional, mas pela perda de liberdade de escolha, do poder decisório, do real sentido de viver. Diante dessas evidências, na condição de profissional que presta assistência e procura aprofundar o conhecimento sobre a problemática dessas pessoas com o propósito de auxiliá-los a preservar a qualidade de vida, perguntamos: de que adianta o aumento da expectativa de vida se a longevidade não vem acompanhada de prazer de viver? Em que se pode contribuir para o bem-estar subjetivo daquele que envelhece, a despeito de suas limitações?

A avaliação da função social da pessoa idosa, no contexto familiar e sócio-cultural em que vive é um dos pilares para a compreensão do seu estado clínico. Esta abordagem requer estudo e desvendamento das interações dessas pessoas com sua família e a comunidade, suas expectativas e anseios, suas frustrações e obstáculos a serem superados, tendo em mente verificar em que medida é possível a ele, no contexto de suas con-

dições, exercer a autonomia, sentir-se útil, ter preservada a auto-estima e auto-imagem positivas.

Reforçamos as propostas que defendem que os processos de educação em saúde devem ser contínuos, em todas as etapas da vida, considerando os fatores que interagem na relação entre o homem e a sociedade. Nunca é redundante reiterar a importância da dimensão preventiva dos *déficits* evitáveis ou postergáveis, quando se adotam práticas adequadas de saúde.

Na mesma linha de raciocínio, acreditamos que as investigações sobre objetos vinculados à problemática do binômio saúde-doença devem contemplar as relações entre os indivíduos e o meio, visto que fatores de natureza ideológica, econômico-financeira, cultural e social interferem decisivamente nesse processo.

Ainda do ponto de vista da educação em saúde, sugerimos que, para um planejamento responsável e conseqüente, seja nos aspectos preventivos ou de reabilitação, as atenções devem focalizar inicialmente a pessoa idosa e os familiares, amigos ou outros com quem convive ou que lhe prestam cuidados. É neste contexto que poderão ser também reconstruídos os saberes e práticas voltados para reorientar o tratamento conferido aos idosos em seu ambiente mais próximo. Como vimos ao longo da pesquisa, a falta de habilidade e condição para manejo com as situações relacionadas à dependência têm sido, entre outros fatores, decisivas no sentido de restringir o livre exercício da autonomia, com todas as conseqüências que tal processo acarreta para qualquer pessoa.

Provavelmente esse trabalho educativo seja tão importante quanto as práticas terapêuticas desenvolvidas pela medicina e pelas diferentes especialidades que se ocupam do idoso, especialmente porque a convivência satisfatória e o bem-estar da pessoa que envelhece em condição de fragilidade demandam que os arranjos familiares se constituam por meio de um processo de respeito aos valores construídos por seus integrantes entre os quais se inclui o idoso. Lembramos, finalmente, que a visão de que o envelhecimento bem sucedido não se resume às situações em que a pessoa preserva suas capacidades funcionais até o final de sua vida. Esse processo pode estar baseado na

aceitação dos déficits que surgem na idade avançada e é precisamente tal aceitação, por parte do idoso e de sua família, que facilitará o exercício da autonomia e manterá elevado o nível de auto-estima, condições imprescindíveis para um envelhecimento bem sucedido e apontado com muita eficácia por Monteko e Greenberg (1995).

Ademais, a dependência não pode ser considerada como sinônimo de perda de autonomia e a auto-estima é sentimento a ser alimentado permanentemente, desde que a pessoa encontre, em seu meio, condições para conhecer-se e aceitar-se, mesmo com limitações, sejam elas de ordem física, financeira ou afetiva.

NOTAS

- * Assistente Social do Serviço de Cuidado Integral à Pessoa Idosa – CIPI/UnATI/UERJ
 Professora substituta da Faculdade de Serviço Social da UERJ
 Especialista em Saúde do Idoso – ENSP/FIOCRUZ
 Mestra em Psicopedagogia – Universidad de La Habana
- 1 SANCHEZ, M.A. S. *A Dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. Dissertação apresentada a Universidad de La Habana – Mestrado em Psicopedagogia – 1998.
 - 2 MS/UnATI/UERJ – Ministério da Saúde/ Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATCHELEY, R. C. *Aging: continuity & change*. 2. ed.. Belmont, California: Wadsworth, 1987.
- BALTES, M. M; SILVERBERG, S. A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida. In.: NERI, L. (org) *Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida*. Campinas: Papirus, 1995.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BOSI, E. *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- BRANDEN, N. *Os seis pilares da auto-estima*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
- CANGULHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

- CARVALHO FILHO, E.T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. (org). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- EVANS, J. G. Prevention of age-associated loss of autonomy. Epidemiological approaches. *J Chron. Dis.*, v. 37, n. 5, p. 353-63, 1984.
- GILLON, R. Autonomy and the principle of respect for autonomy. *Br. Med J*, v. 290, n. 12, p. 1806-1080, 1995.
- KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, and instrumental activities of daily living. *J. Am Geriatr Soc.*, v. 31, n. 12, p. 721-27, 1983.
- LAWTON, M. P; BRODY, E. M. Assessment of older people self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, p. 179-86, 1969.
- MENEZES, A. K. Cuidados à pessoa idosa; reflexões teóricas gerais. In: MENEZES, A. K. e colab. (org). *Caminhos do Envelhecer*. Ed preliminar. Niterói, Rio de Janeiro: UFF/FIOCRUZ/SBGG-RJ, 1993.
- MONTEKO, K; GREENBERG, S. Reframing dependence in old age: a positive transition for families. *Social Work*, v. 40, n. 3, p. 382-90, 1995.
- MOTTA, E. Independência, semi-dependência, dependência e autonomia. *Cadernos CBCISS/ANG-RJ*. Coleção Tempo e Vida, v 1, n. 1, 1992.
- NERI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A. L. (org.). *Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida*. Campinas: Papirus, 1995.
- NOVAES, M. H. *Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: Grypho, 1995.
- PAVARINE, S. C. I. *Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado*. Campinas, SP, 1996. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, 1996.
- PAPALÉO NETO, M; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio da transição do século. In: PAPALÉO NETO, M. (org). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- ROBLEDO, L. M. G. Concepción holística del envejecimiento. In: ANZOLA PÉREZ, E. et al. (ed). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington, D.C, Organización Pan Americana da la Salud, 1994.
- SACKS, O. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outros casos clínicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- SANCHEZ, M. A. S. *A Dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. Dissertação de Mestrado. Universidad de La Habana, 1998.

SCHANK, M. J; LOUGH, M. A. Maintaining health and independence of elderly women. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 15, n. 6, 1989.

SPECTOR, W. D; et al. The hierarchical relationship between activities daily living and instrumental activities of daily living. *J Chron Dis*, v.40, n.6, p.481-89, 1987.

VERAS, R. P; et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde públ*, v. 21, n.3, p. 225-33, 1987.

ABSTRACT

This article is based on a research done at the Centre for Ample Geriatric Assesment MS/UNATI-UERJ, and aimed to investigate the significance of family relationships to old-aged people. We interviewed 11 people, from 65 to 82 years old, who had functional disability to perform daily activities. The study assumed that there would be autonomy of thought, will and decision making despite their handicaped action. Results revealed that the accurance of dependency by geriatrics on the family jeopardizes the autonomy of the person, bringing to the surface an ambiguous content, which is a mixture of paternalism care with authoritarian discrimination, explicited in the lack of communication to the old-aged.

Key words: aged, family relations, dependency (Psychology)



UnATI
UERJ

