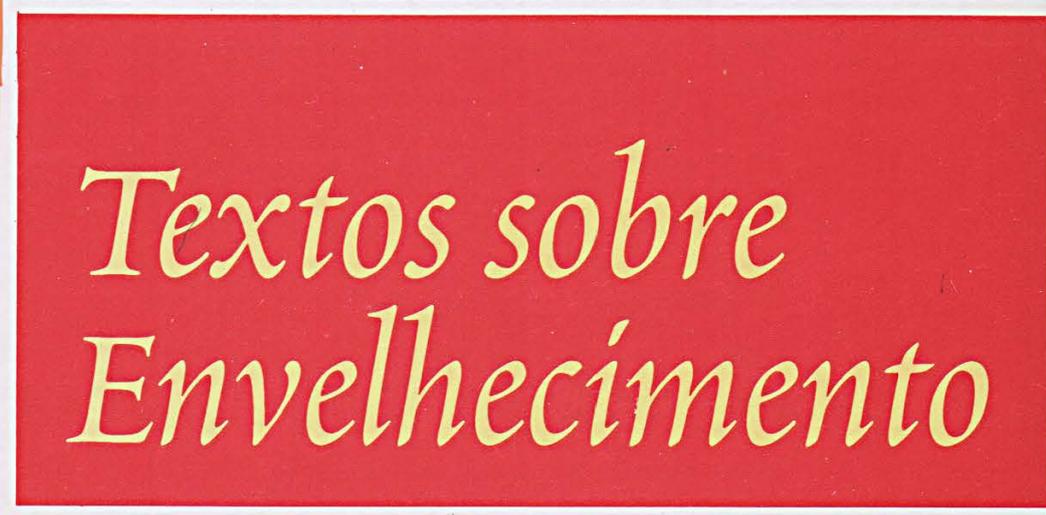




ISSN 1517-5928



*Textos sobre
Envelhecimento*



volume 6



nº 1

UnATI/UERJ

Editora: Shirley Donizete Prado
Editores Associados: Renato Peixoto Veras,
Célia Pereira Caldas
Editora Executiva Conceição Ramos
de Abreu

Conselho Editorial

Adriano Cezar Gordilho, Salvador/UFBA
Alexandre Kalache, Genève/OMS
Emílio H. Moriguchi, Porto Alegre/PUC-RS
Evandro Coutinho, Rio de Janeiro/Fiocruz
Luiz Roberto Ramos, São Paulo/Unifesp
Martha Pelaez, Washington, DC/OPAS
Úrsula Margarida Karsch, São Paulo/PUC-SP

Conselho Consultivo

Andréa Prates, São Paulo/CIES
Anita Liberalesso Neri, Campinas/Unicamp
Annette Leibing, Montreal/Universidade McGill
Benigno Sobral, Rio de Janeiro/UnATI-UERJ
Daniel Groisman, Rio de Janeiro/UFRJ
Eliane de Abreu Soares, Rio de Janeiro/UERJ
Emílio Jeckel Neto, Porto Alegre/PUC-RS
Guita Grin Debert, Campinas/Unicamp

Ivana Beatrice Mânica da Cruz, Porto Alegre/PUC-RS
Jane Dutra Sayd, Rio de Janeiro/UERJ
Lúcia Hisako Takase Gonçalves,
Florianópolis/UFSC
Mabel Imbassahy, Rio de Janeiro/UnATI-UERJ

Pesquisa Bibliográfica

Iris Maria Carvalho dos Santos

Estagiária

Anna Christina Soares Cadeiras

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

Assinatura: anual, em qualquer época do ano.

Aceita-se permuta.

Tiragem: 500 exemplares

Toda correspondência sobre produção, distribuição e assinatura deve ser encaminhada ao Editor Executivo no 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

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - Bloco F – Maracanã

Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20 559 – 900

Telefones: (21) 2587-7236/7672/7121 Ramal 6

Fax: (21) 2264-0120

E-mail: crdetext@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

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT

T 355 Textos sobre envelhecimento. - Vol. I, 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)



NAPE/DEPEXT/SR-3/UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 1054, Bloco F – Maracanã – 20550-013

Rio de Janeiro – RJ – Tel.: (021) 2587-7165 / 2587-7390 – e-mail: nape@uerj.br

Coordenação de Produção Lúcia Maia; **Projeto Gráfico e Capa** Carlota Rios;

Diagramação Ramon Carlos de Moraes; **Impressão** Gráfica UERJ

SUMÁRIO/CONTENTS

EDITORIAL / EDITORIAL

- A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE ENVELHECIMENTO
NO BRASIL: O PAPEL DAS REVISTAS CIENTÍFICAS* 5
Knowledge production on aging in Brazil: the role
of scientific journals
Shirley Donizete Prado

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER
E EM SEUS CUIDADORES.* 7
Oral health in Alzheimer Disease patients and caregivers.
Juliana Balbinot Hilgert
Daniel Bertuzzil
Fernando Neves Hugo
Dalva Maria Pereira Padilha
- A INFLUÊNCIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE
DA BAHIA NO PROCESSO DE VIVER E ENVELHECER DOS IDOSOS
ESTUDANTES/INTEGRANTES* 23
The influence of the State University of The Southwest of
Bahia in the process of to live and to age of the
student/seniors integrant
Edite Lago da Silva Sena
Edméa Campos Meira
Karla Rocha Carvalho
Lúcia H. Takase Gonçalves
- PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL E
NO RIO DE JANEIRO EM 2002* 43
Demographic profile of the elderly population in Brazil
and in Rio de Janeiro in 2002
Renata Santos Pereira
Cíntia Chaves Curioni
Renato Veras



**CENTRO DE REFERÊNCIA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE ENVELHECIMENTO
UNATI-UERJ: IDENTIFICAÇÃO, SISTEMATIZAÇÃO E DISSEMINAÇÃO
DE INFORMAÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO HUMANO NO BRASIL**

61

Reference and Documentation on Aging Center UnATI/UERJ:
identification, systematization and dissemination of information
on human aging in Brazil

Shirley Donizete Prado

Andréa Estevam de Amorim

Conceição Ramos de Abreu

RELATOS DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORTS

**GRUPO DE ORIENTAÇÃO EM CUIDADOS NA
DEMÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

81

Rosimere Ferreira Santana

RESENHAS / REVIEWS

**UMA REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
PARA ATUAÇÃO EM PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PARA
APOSENTADORIA EM COMUNIDADES**

99

A reflection on human resources formation for retirement
preparation programs in communities

Shirley Donizete Prado

A produção de conhecimento sobre envelhecimento no Brasil: o papel das revistas científicas
Knowledge production on aging in Brazil: the role of scientific journals

Buscando guardar registros da história da geração e disseminação de informações em gerontologia no Brasil, o Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UnATI-UERJ passou a investir na identificação e disponibilização dos periódicos nacionais voltados para essa área. Foi possível identificar um grande esforço por parte de sociedades científicas, universidades e organismos privados para a implementação de periódicos especializados voltados para a temática do processo de envelhecimento humano. Algumas dessas iniciativas encontram-se apresentadas a seguir.

Um primeiro registro data de 1969 com edição, no Rio de Janeiro, da *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. A publicação manteve-se até 1976. Em 1979 vieram os *Anais Brasileiros de Geriatria e Gerontologia* publicados pela SBGG. Indexada na Base Lilacs, essa publicação prosseguiu até 1982.

O esforço seguinte partiu do SESC São Paulo. Numa iniciativa exitosa, o periódico *A Terceira Idade* vem, desde 1988, atuando principalmente como veículo de divulgação de temas associados à velhice e de experiências implementadas junto a grupos de idosos.

Buscando o estabelecimento de veículo de cunho marcadamente científico, a SBGG seção São Paulo lança, em 1993 a revista *Gerontologia*. Três anos após é a vez da SBGG do Rio de Janeiro dar início a publicação dos *Arquivos Brasileiros de Geriatria e Gerontologia*. Ambas encerram suas atividades no ano de 2000.

Em 1998 o CRDE-UnATI-UERJ inicia a publicação dos *Textos sobre Envelhecimento* ao mesmo tempo em que o Programa de Estudos

Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP lança a *Revista Kairós*. No ano seguinte, é a vez da UFRGS principiar a divulgação dos *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*.

O surgimento de revistas científicas e sua avaliação vem sendo objeto de estudo para pesquisadores em todo o mundo, inclusive fenômenos como o surgimento e encerramento dessas atividades. Trata-se, no dizer de Población e Goldemberg¹, da dificuldade em “..ultrapassar a ‘idade crítica’ que é caracterizada pelo alto índice de mortalidade dos periódicos nos primeiros cinco anos de existência”. Várias tentativas e muitas dificuldades parecem marcar o percurso das revistas editadas pelas sociedades científicas brasileiras nesse campo.

O SESC-SP vem mantendo sua publicação há 13 anos e cada vez mais seus procedimentos editoriais se aproximam dos padrões que caracterizam um periódico científico.

Mais recentemente, os espaços acadêmicos trazem para si essa iniciativa, com todos os periódicos atravessando a “idade crítica”.

Que os próximos anos nos tragam boas novas!

Shirley Donizete Prado
Editora

¹ POBLACIÓN, Dinah Aguiar e GOLDENBERG Saul. Acta Cirúrgica Brasileira. visibilidade e ccessibilidade da produção científica na área da cirurgia experimental *Acta Cir. Bras.* v.16 n.3 São Paulo jul./ago./set. 2001

Saúde bucal em portadores de Doença de Alzheimer e em seus cuidadores.

Oral health in Alzheimer Disease patients and caregivers.

Juliana Balbinot Hilgert¹

Daniel Bertuzzi²

Fernando Neves Hugo³

Dalva Maria Pereira Padilha⁴

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência que se caracteriza por ser neurodegenerativa, progressiva e irreversível. O envolvimento da família/cuidadores é um componente chave no tratamento contínuo do paciente com demência. E, apesar de o cuidador do portador não ser o paciente primário, deve-se atentar também para as suas necessidades. O objetivo deste artigo é revisar aspectos relevantes da saúde bucal de portadores de DA e seus cuidadores. Dados da literatura descrevem, em portadores de DA, uma pobre higiene bucal e o aumento da prevalência de doenças bucais. Isso se deve à inaptidão em executar a higiene bucal. Nos pacientes com DA, existem cinco itens críticos nos cuidados de saúde bucal: sintomas; exame bucal; abordagem; papel do cuidador frente à saúde bucal; e papel do Cirurgião-Dentista frente à saúde bucal do portador de DA. Quando se pensa no sofrimento produzido pelo ato de cuidar de um portador de demência e na associação deste com alterações significativas do sistema imune, pode-se pensar nas repercussões sobre a higiene bucal e reposta frente a infecções bucais dos cuidadores. Portanto, além das questões referentes aos portadores, questões da saúde bucal desses cuidadores também são importantes, apesar de na maioria das vezes negligenciadas.

Palavras-chave: doença de Alzheimer; cuidadores; saúde bucal; higiene bucal

INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência que se caracteriza por ser neurodegenerativa, progressiva, irreversível e de aparecimento insidioso, acarretando diminuição da memória, dificuldade de raciocínio, de pensamento e alterações comportamentais (Viel e Caovila, 1999). Prejudi-

ca a orientação temporal e espacial do portador, é associada à afasia, deterioração psicossocial avançada, alucinações, paranóia (Oguisso e Dal Bem, 2000), dificuldade de aprendizado e de comunicação (Viel e Caovila, 1999). Essa doença provoca lesões características no cérebro, como a perda difusa de neurônios no hipocampo e no neocórtex, o aparecimento de emaranhados protéicos intracelulares e o acúmulo extracelular de proteínas b-amilóide, que formam as placas amilóides (placas senis) em grande quantidade (Smith, 1999).

Embora a DA corresponda a 50% das demências existentes (Viel e Caovila, 1999), não existem até o presente métodos que permitam o diagnóstico clínico definitivo. Sabe-se que, quanto mais precoce o diagnóstico da DA, melhor será para auxiliar a família a lidar com o paciente; além de o tratamento ser beneficiado, devido ao fato de a terapia iniciar mais cedo. Atualmente o diagnóstico clínico da DA ocorre por exclusão, por meio do descarte de outras patologias que poderiam estar causando os mesmos sintomas da DA, como tumores e complicações cerebrais (Viel e Caovila, 1999).

Quanto mais a família e os cuidadores entendem a doença e sua evolução, maiores as chances de aprender estratégias e usufruir recursos paliativos com sucesso. O envolvimento da família é um componente chave no tratamento contínuo do paciente com demência. Da mesma forma, que a manutenção de um bom suporte médico, odontológico, psicológico e nutricional ocorra, para que o paciente e os cuidadores mantenham ou melhorem o bem estar fisiológico, psicológico e social do portador (Goodman, Ickrath, Niessen, 1993).

Apesar de o cuidador do portador de Alzheimer não ser o paciente primário (Snyder, 2001), deve-se atentar também para as suas necessidades. Como já foi demonstrado em diversos estudos, os cuidadores são mais suscetíveis a infecções e mais deprimidos do que indivíduos não cuidadores (Kiecolt-Glaser et al, 1995; Snyder, 2001). Uma frase exemplifica bem essa questão (Snyder, 2001): "Eu me sinto como se minha perna tivesse sido amputada, mas é meu marido quem está sendo preparado para recebê-la".

Essas evidências indicam para as necessidades diferenciadas dessa parcela da população idosa e, por conseguinte, dos aspectos que se refe-

rem ao cuidado em saúde tanto dos portadores de DA como de seus cuidadores/familiares, que muitas vezes não recebem a atenção adequada para suas necessidades. Na Odontologia, por exemplo, é pouco usual que os profissionais possuam treinamento adequado para o manejo das necessidades desses indivíduos, o que constitui por parte dessa categoria profissional negligência frente a tais necessidades. É portanto objetivo deste artigo revisar aspectos relevantes relacionados à saúde bucal de portadores de DA e seus cuidadores.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. Demografia da DA

Devido ao processo de transição demográfica mundial, onde há o crescimento da população idosa, graças aos avanços nos cuidados de saúde, houve uma diminuição dos óbitos por doenças infecciosas; e o número de doenças senis, como a DA, tem aumentado. Estima-se que a DA é a patologia senil que mais novos casos apresenta à comunidade médica no mundo, atingindo hoje algo como 18 milhões de pessoas. Em países como Estados Unidos e França, os dados epidemiológicos mostram que até o ano 2020 ocorrerão cerca de 200.000 novos casos de DA por ano, devido ao envelhecimento acelerado da população. Nos países em desenvolvimento também há um aumento na expectativa de vida, o que significa dizer que nesses países também ocorrerá um aumento na incidência de DA. Hoje o Brasil apresenta uma população de 1,2 milhão de portadores dessa doença (Côrrea, 1996).

2. Classificação

A progressão dos sintomas na DA varia de acordo com o indivíduo, mas para fins terapêuticos ela é dividida em três estágios clínicos. No estágio inicial, além da perda de memória, um indivíduo pode ser incapaz de dizer que dia é, a hora do dia ou até mesmo onde está. Nesse estágio, os pacientes podem cometer erros de julgamento, como cometer erros ao dirigir ou se perder em lugares familiares como em casas de parentes e lojas. O estágio moderado é caracterizado por perdas progressivas e contínuas, que podem avançar a partir do estágio inicial em poucos meses ou em alguns anos. Os pacientes desenvolvem

rápidas e generalizadas perdas de memória e tornam-se mais vagarosos nos movimentos e na fala, ou mesmo incapazes de se comunicar (Henry, 1999).

No estágio severo os pacientes têm grande dificuldade de entender instruções ou até mesmo uma linguagem simples. Neste último estágio os pacientes precisam de cuidados totais nas atividades diárias como se vestir, tomar banho, comer, usar o banheiro e comumente têm problemas de agressividade e ansiedade. Tipicamente, o processo da doença é gradual e algumas das condições dos pacientes pioram com o tempo, culminando com o coma e finalmente a morte (Henry, 1999).

3. Epidemiologia

A DA é conhecida como uma demência senil, pois é mais comum na medida que a idade avança, atingindo pessoas acima de 50 anos de idade ou mais freqüentemente, após os 65 anos, com a predominância do sexo feminino. A DA acomete cerca de três vezes mais mulheres do que homens pelo simples fato de as mulheres serem mais longevas que os homens. Por volta dos 65 anos, ela acomete de 5 a 10% das pessoas; aos 80 anos, sua prevalência sobe para 20%; aos 85 anos, ela é de 47% (Corrêa, 1996).

A DA representa 50% dos casos de demência nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha. Estima-se que corresponda à quarta causa de morte entre os idosos nesses países (Smith, 1999). Com o envelhecimento populacional, as demências passaram a ser um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade (Almeida e Crocco, 2000).

4. DA e a Odontologia

4.1 DA e saúde bucal

Quanto à saúde bucal dos pacientes com DA, dados da literatura descrevem uma pobre higiene bucal e o aumento da prevalência de doenças periodontais e cárie. Acredita-se que isso se deva principalmente à inaptidão do portador em executar os procedimentos de higiene bucal de maneira eficiente. Alguns estudos também destacam a importância da função salivar, indicando que, pelo fato de portadores de Alzheimer terem

maiores riscos de disfunção salivar (consumo de medicamentos que têm como efeito secundário redução do fluxo salivar), estariam por consequência em maiores riscos de desenvolverem doenças bucais. Por esses motivos é importante que o portador receba assistência no cuidado/higiene bucal de um familiar/cuidador assim que a doença progredir do estágio inicial ao estágio avançado (Henry, 1999), pois ele pode não mais conseguir realizar sua higiene bucal sem auxílio.

A administração da saúde bucal dos pacientes com DA é parecida com a de pacientes com outros danos neurológicos. Nos pacientes com DA, existem cinco itens bastante críticos nos cuidados quanto à saúde bucal, quais sejam: (a) sintomas no portador de DA; (b) exame bucal no portador de DA; (c) abordagem do portador de DA; (d) papel do cuidador frente à saúde bucal do portador de DA; (e) o papel do cirurgião-dentista frente à saúde bucal do portador de DA.

(A) SINTOMAS NO PORTADOR DE DA

Todos os dentistas têm um bom conhecimento dos sintomas comumente presentes na dor de dente. Entretanto, nos portadores de DA, a habilidade de comunicar dor ou ausência agudos vai ser a norma. Por exemplo, é comum que os sintomas de dor em pacientes com Alzheimer em estágios moderados e severos só sejam manifestados por meio de uma mudança repentina de comportamento, ou por gritos, gemidos e recusa de realizar coisas comuns como tomar banho, alimentar-se, e aumento de agitação. Clínicos que estão tentando determinar se há uma causa tratável devem usar a história do paciente, sua linha de comportamento, por meio do relato do cuidador, para obter a possível fonte de dor do portador de DA. Se for possível diagnosticar a origem da dor dental, o seu tratamento tem prioridade. Porém, se apenas no exame clínico não for possível diagnosticá-la, é necessário um exame radiográfico complementar (Henry, 1999).

Nordenram et al, 1997, perguntaram a trinta e seis portadores de DA questões referentes à dor na cavidade bucal, desconforto ou problemas ao mastigar, e os resultados foram: quatorze não conseguiram responder às perguntas, dezesseis estavam insatisfeitos, cinco não tinham certeza se tinham algum problema e apenas um queixou-se de maneira específica,

reclamando de dor ao usar a dentadura. É importante salientar que a causa de o paciente não relatar desconforto bucal, pode ser devido à sua demência e também por possuir outras doenças mais agudas (Henry, 1999), o que dificulta a detecção de patologias bucais.

(B) EXAME BUCAL NO PORTADOR DE DA

Atual condição dentária: utilizando-se de critérios padronizados como número de dentes restantes, números de restos radiculares, nível de higiene bucal, dentes quebrados, saúde periodontal, é possível classificar o paciente quanto ao seu nível de saúde bucal. A atual condição dentária é provavelmente o melhor indicador de motivação passada e desejo de um tratamento contínuo de um paciente. Por exemplo, um paciente que viu um periodontista por vinte anos no estágio moderado de Alzheimer iria, provavelmente, continuar a manter seus dentes se fosse capaz de comunicar seus desejos ao dentista (Ship, 1992). Os pacientes com DA, de acordo com Nordenram et al, 1997, apresentam disfunções orais – como o reflexo de sucção e movimentos orais involuntários – que afetam a capacidade de o paciente adaptar-se a uma prótese, além da falta de coordenação muscular para estabilizá-la (Henry, 1999). Essas disfunções orais também dificultam o exame bucal nos pacientes portadores de DA.

(C) ABORDAGEM DO PORTADOR DE DA

Estágio da doença: para determinar o tipo de tratamento dentário (invasivo ou até mesmo adiado) a ser realizado em um portador de DA, é necessário avaliarmos o estágio da doença (inicial, moderado ou severo). Os portadores vão progressivamente perdendo a capacidade de realizar seus cuidados de higiene bucal, por isso, nos estágios mais avançados da doença, é recomendado um tratamento focado na conservação dos dentes e não na reabilitação protética, por exemplo (Henry, 1999).

É necessário salientar que, se a pessoa com demência tem inicialmente uma boa saúde bucal e é acostumada a cuidados odontológicos regulares, é importante manter esse hábito para preservar a saúde bucal pelo resto da vida. Porém, se existe uma deterioração bucal inicial, o obje-

tivo do tratamento deve ser melhorar a sua condição bucal, sabendo que um tratamento sem consentimento é considerado uma agressão, exceto numa emergência (Norderam et al, 1997).

É importante que se levem em conta as expectativas de todas as pessoas envolvidas na atenção ao portador de DA e também as do próprio portador. Esse é um princípio associado ao consentimento negociado, onde vários pontos de vista legítimos devem ser considerados, envolvendo o paciente, sua família, cuidadores e instituição. O resultado é uma autoridade dividida, dispersa, na tomada de decisão. Compõe-se um processo não algorítmico onde a negociação não é governada por regras estritamente dedutivas. O imperativo no processo de consentimento negociado é o foco no conceito de escutar, ao invés de somente falar (Smith, 1996).

Para o tratamento de pessoas com DA e outras demências, é muito importante que haja um atendimento interdisciplinar, envolvendo dentistas, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, trabalhadores sociais e outros (Warren et al, 1997), para que o paciente tenha um atendimento de qualidade e possa ter saúde, já que essa equipe proporcionará uma abordagem balanceada para a manutenção do caso. Se não for possível para o dentista proporcionar serviços de saúde bucal diretamente, ele pode intervir como um conector entre o paciente e o setor de saúde bucal público ou privado (Goodman et al, 1993).

(D) PAPEL DO CUIDADOR FRENTE À SAÚDE BUCAL DO PORTADOR DE DA

No que diz respeito ao cuidador, qualquer pessoa que proporcione cuidados ao doente é chamado cuidador, e este pode ser esposo, filho ou irmão. À medida que a doença evolui, o cuidador vai tornando-se cada vez mais responsável pelo paciente; é ele que vai determinar se o tratamento deve ser procurado e que cuidados deve ter com o portador da DA. O cuidador tem pouco envolvimento com a saúde bucal do paciente no estágio inicial da doença. Porém, com sua progressão, ele será o responsável em fornecer o histórico médico e dental do paciente, permitirá ou não o tratamento, e será a chave para o sucesso do programa preventivo de saúde bucal (Henry, 1999).

O dentista deve entender a importância do cuidador para a saúde do portador de DA e por isso deve treiná-lo para cuidar da boca do paciente quando este não tiver mais a habilidade necessária para tal função. Antes de iniciar o tratamento, os dentistas devem obter o consentimento de seu tutor, que é o responsável legal pelo paciente. O cuidador tem um papel importante durante o tratamento dentário, pois é encorajado a sentar-se ao lado do paciente para que este fique menos ansioso e estressado, pois vai segurar a mão do paciente e/ou distraí-lo. Um benefício final de ter o cuidador presente é testemunhar as necessidades dentárias do paciente e também do tratamento dado. Com essa aproximação, o cuidador se torna um membro do time do tratamento bucal e um defensor de cuidados contínuos para o portador (Henry, 1999).

(E) O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE À SAÚDE BUCAL DO PORTADOR DE DA

Para manter saúde bucal ao longo da vida, os idosos necessitam hoje de cuidados odontológicos mais regulares. Encontrar o tratamento adequado para portadores de DA é uma tarefa delicada. Um alto grau de atenção é necessário entre os profissionais para equilibrar as implicações do comprometimento cognitivo dos pacientes com as demandas de tratamento odontológico, para que se tenha do benefício antecipado uma expectativa realista. O tratamento odontológico deve focar-se na remoção de dentes não restauráveis e manutenção dos dentes e próteses existentes com medidas de higiene oral frequentes. Para diminuir dor e patologias e manter a dignidade e a qualidade de vida para um portador de DA, os profissionais da Odontologia serão progressivamente desafiados com a preservação da saúde bucal e nutricional nesses pacientes (Kocaelli et al, 2002).

4.2. Cuidados de higiene bucal e tratamento odontológico ao portador de DA

Há itens de equipamento essenciais e alguns produtos especiais que podem tornar mais fácil o tratamento de pacientes portadores de DA. Além disso, treinamentos avançados em técnicas de atendimento hospitalares podem ser necessários para tratar os pacientes muito difíceis ou no último estágio da doença. Existem equipamentos essenciais para o tratamento desses pacientes que nem todos os dentistas possuem, como por

exemplo, o dispositivo para manter a abertura da cavidade bucal e ajudar a controlar a posição da cabeça. Os filmes panorâmicos não são contraindicados, porém pela falta de cooperação do paciente eles podem ser impossíveis de serem obtidos, já que é difícil para eles manterem suas cabeças paradas durante a exposição. Para obter radiografias existem vestimentas de chumbo que permitem que o dentista consiga segurar as películas para o paciente, evitando exposição à radiação (Ship, 1992; Henry, 1999).

Dos vários produtos especialmente adaptados para pacientes deficientes, incluindo os pacientes com DA, os aparatos abridores de boca são utilizados pelos cuidadores durante a realização da higiene bucal, o que permite uma melhora na higiene bucal, já que os pacientes com DA em estágios mais avançados necessitam de ajuda para sua higienização (Ship, 1992).

No manual para o cuidador da Associação Brasileira de Alzheimer, recomenda-se que, quando for difícil abrir a boca do paciente, deve-se introduzir delicadamente uma espátula entre os dentes e fazer um movimento rotatório. Se não for possível, deve-se utilizar o dedo indicador envolto em gaze para que seja possível a higienização (ABRAZ, 199-). Além disso, o uso de flúor em suas várias formas, que previnem o desenvolvimento da doença cárie, permite a administração das conseqüências da hipossalivação, que ocasiona o aumento do risco de cárie. Para pacientes com diminuição do fluxo salivar, também é recomendado o uso de substitutos de saliva (Goodman et al, 1993).

Existem também escovas de dente especiais – como as com três fileiras de cerdas, que, quando colocadas corretamente, podem limpar ao mesmo tempo as superfícies linguais, vestibulares e oclusais dos dentes – as escovas convencionais, ou mesmo as elétricas. Para a limpeza interdental, existem as escovas interdentais, mais fácil de serem usadas que o fio dental ou mesmo que o passa-fio, pois não exigem que os dedos do cuidador ou dentista fiquem dentro da boca do paciente (Henry, 1999). Recomenda-se também a utilização de anti-sépticos bucais após as refeições (ABRAZ, 199-), sendo que o spray de clorexidina tem eficácia comprovada quando usado como agente antiplaca e antigengivite (Ship, 1992), fazendo parte da estratégia preventiva preconizada por outros autores para o controle químico de placa para portadores de DA (Kocaelli et al, 2002).

Quanto aos cuidados com próteses dentárias, recomenda-se uma limpeza cuidadosa, após cada refeição, e também sua retirada antes de dormir, mergulhando-a em água ou solução anti-séptica (ABRAZ, 199-) durante a noite (Goodman et al, 1993). O manual do cuidador da ABRAZ recomenda que a língua seja massageada com escova macia para a remoção de sujidades. Em caso de haver presença de uma crosta branca sobre a língua (saburra), ela deve ser removida utilizando escova de dentes, uma espátula envolvida em gaze ou até o dedo indicador envolto em gaze umedecidos (ABRAZ, 199-).

Dois estudos examinaram as condições de saúde bucal de indivíduos portadores de DA. Os resultados mostraram que as dentaduras dos idosos nos estágios iniciais da DA eram menos limpas quando comparadas as de uma população controle, implicando que os idosos portadores de DA pioram a habilidade pessoal de realização de higiene bucal (Ship, 1992). As disfunções de glândula salivar submandibular em pacientes com DA não medicados também foram avaliadas, sugerindo que uma degeneração neuronal também influencia a fisiologia oral (Ship, 1992).

Essas alterações observadas com a progressão da doença têm repercussão sobre a saúde bucal dos portadores de DA, portanto o tratamento dentário em estágios iniciais da doença deve ter como objetivo produzir condições de saúde bucal estáveis que permitam ao portador o mínimo de problemas quando, nos estágios mais avançados da doença, o tratamento odontológico talvez seja impossível (Kocaelli et al, 2002).

5. A saúde dos cuidadores de portadores de DA

Proporcionar cuidado a um cônjuge com Alzheimer ou outras demências progressivas está associado a muito sofrimento. O curso da doença é imprevisível, como é a rapidez do declínio; a única certeza é sua morte (o tempo de sobrevivência depois da instalação da doença varia entre 8 e 20 anos) (Dura JR et al, 1990).

Cuidadores de familiares com demência progressiva, quando comparados com controles não cuidadores, apresentam uma incidência de 30% de desordens depressivas durante os primeiros anos em que propor-

cionam cuidado em comparação a 1% dos controles. Assim, o esforço crônico de cuidar parece estar ligado ao início de distúrbios depressivos em idosos (Dura JR et al, 1990). Como já descrito anteriormente, apesar de o cuidador do portador de Alzheimer não ser o paciente primário (Snyder, 2001), deve-se atentar para as suas necessidades. Como já foi demonstrado em diversos estudos, os cuidadores são mais suscetíveis a infecções e mais deprimidos do que indivíduos não cuidadores (Snyder, 2001) (Kiecolt-Glaser et al, 1995).

O ato de cuidar de um doente crônico está associado ao aumento de estresse, depressão e a uma função imune reduzida (Kiecolt-Glaser et al, 1995). Por essas razões, os cuidadores idosos de familiares de pacientes dementes têm sido estudados por vários pesquisadores como modelo para explorar o impacto do estresse crônico na função imune e endócrina (Bauer et al, 2000).

SAÚDE BUCAL E ESTRESSE

Há evidência de que o estresse psicológico afeta o sistema imune celular (Kiecolt-Glaser et al, 1995). Acredita-se que o estresse tem um papel importante em determinar as respostas do hospedeiro, o que pode aumentar a suscetibilidade do hospedeiro a patógenos infecciosos, como os da periodontite (Rozlog et al, 1999) e, com isso, aumentar significativamente a destruição tecidual típica dessa doença (Aurer et al, 1999).

O papel dos fatores psicossociais na etiologia das doenças inflamatórias periodontais ainda não é claro. Os mecanismos propostos que podem mediar essa relação ainda devem ser testados. No entanto, estudos em psiconeuroimunologia mostram uma diminuição na resistência do hospedeiro; um modelo interessante como um possível mecanismo. Embora estudos disponíveis não suportem definitivamente uma relação causal, eles sugerem que os fatores psicossociais podem estar envolvidos na etiologia das doenças periodontais inflamatórias (Monteiro da Silva et al, 1995) e, como a higiene oral, eles possam ser importantes determinantes da periodontite (Croucher et al, 1997).

Medidas psicossociais de estresse associadas à depressão são significantes indicadores de risco para aumento da severidade de doença periodontal em adultos após ajuste para idade, gênero (masculino), fumo, diabete mérito, presença de periodontopatógenos como Bacteroides forsythus e Porphyromonas gingivalis (Freeman et al, 1993) (Genco et al, 1999). Situação negativa caracterizada por dificuldades financeiras também foi associada com maior severidade de doença periodontal (Norderyd e Hugoson, 1998).

Quando se avalia associação entre estresse ocupacional e progressão de periodontite, observa-se que há um aumento da perda de inserção periodontal com o aumento da idade e com o baixo status sócio-econômico num intervalo de cinco anos e meio (Linden et al, 1996). Sugere-se também que experiências negativas de vida, manifestadas como depressão, podem aumentar o risco à progressão de doença periodontal (Hugoson et al, 2002).

Quando se pensa no sofrimento produzido pelo ato de cuidar de um familiar portador de demência, na ansiedade, estresse e depressão que acompanham esse sofrimento e na associação destes com alterações significativas do sistema imune, pode-se pensar nas repercussões que esses eventos podem ter tanto sobre a higiene bucal, como na resposta frente à infecções bucais, por exemplo no caso da periodontite dos cuidadores de portadores de demências. Essa hipótese é suportada pelos achados de estudos populacionais que verificaram associação entre eventos negativos de vida e níveis de higiene bucal e periodontite. Portanto, além das questões referentes à saúde bucal dos portadores de demências como a DA, questões da saúde bucal dos cuidadores são pertinentes, apesar de na maioria das vezes serem negligenciadas. Elas merecem ser abordadas com interesse pelos profissionais da Odontologia que se dedicam à prática clínica, assim como pelos que se dedicam a investigações de saúde bucal de populações idosas.

NOTAS

- 1 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- 2 Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- 3 Laboratório de Envelhecimento Celular, IPB, Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
- 4 Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. *Manual sobre a doença de Alzheimer*, 199-, 18 p.

ALMEIDA, O. P.; CROCCO, E. T. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com Doença de Alzheimer. *Arquivos de Neuropsiquiatria*; 58, p. 292-299, 2000.

AURER, A. et al. Inflammatory mediators in saliva of patients with rapidly progressive periodontitis during war stress induced incidence increase. *Collegium antropologicum*; 23, p. 117-124, 1999.

BAUER, M. E. et al. Chronic stress In caregivers of dementia patients is associated with reduced lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. *Journal of Neuroimmunology*; 103, p. 84-92, 2000.

CORRÊA, A. C. O. Envelhecimento, depressão e Doença de Alzheimer. *Health*, 1, p. 227, 1996.

CROUCHER, R. et al. The relationship between life-events and periodontitis: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology*; 24, p. 39-43, 1997.

DURA, J. R.; STUKENBERG, K. W.; KIECOLT-GLASER, J. K. Chronic stress and depressive disorders in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*; 99, p. 284-290, 1990.

FREEMAN, R.; GOSS, S. Stress measure as predictors of periodontal disease – a preliminary communication. *Community Dentistry Oral Epidemiology*; 21, p. 176-177, 1993.

GENCO, R. J. et al. Relationship of stress, distress, and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *Journal of Periodontology*; 70, p. 711-723, 1999.

GOODMAN, H. S.; ICKRATH; M. C.; NIESSEN, L. C. Managing patients with Alzheimer's: the primary care role of dentists. *Journal of the American Dental Association*; 124, p. 75-80, 1993.

- Henry, R. G. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. *Journal of California Dental Association*; 27, p. 709-717, 1999.
- HUGOSON, A.; LJUNGQUIST, B.; BREIVIK, T. The relationship of some negative events and psychological factors to periodontal disease in an adult Swedish population 50 to 80 years of age. *Journal of Clinical Periodontology*; 29, p. 247-253, 2002.
- KIECOLT-GLASER, J. K. et al. Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346, p. 1194-1196, 1995.
- LINDEN, G. J.; MULLALLY, B. H.; FREEMAN, R. Stress and the progression of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*; 23, p. 675-680, 1996.
- NORDENHAN, G.; NORBERG, A.; BISCHOFBERGER, E. Ethical aspects of dental care for demented patients. Methodological considerations. *Swedish Dental Journal*; 18, p. 155-164, 1994.
- OGUISSO, T.; DAL BEM, L. W. Alzheimer, a história de Auguste D. *Revista Medicis*; 2, p. 39-43, 2000.
- ROZLOG, L. A. et al. Stress and immunity: implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology*; 70, p. 786-792, 1999.
- SHIP, J. A. Oral health of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Dental Association*; 123, p. 53-58, 1992.
- SILVA, A. M. Monteiro da; NEWMAN, H. N.; OAKLEY, D. A. Psychosocial factors in inflammatory periodontal disease. A review. *Journal of Clinical Periodontology*; 22, p. 516-526, 1995.
- SMITH, M. A. C. Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 21, s2, p. 3-7, 1999.
- SMITH, G. P. Informed or negotiated consent. In: _____. (Ed.) *Legal and health care ethics for the elderly*. 1st. ed. London: Taylor & Francis, 1996. p. 43-53.
- SNYDER, L. Care of patients with Alzheimer's disease and their families. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17, p. 319-335, 2001.
- VIEL, A. H.; CAOVILO, V. P. É possível conviver com a Doença de Alzheimer. *Diagnóstico e Tratamento*, 4, p.6-11, 1999.
- WARREN, J. J. et al. Oral health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic. *Special Care in Dentistry, Chicago*, 17, p. 47-53, 1997.

**ABSTRACT**

Alzheimer Disease (AD) is a dementia with neurodegenerative, progressive and irreversible characteristics. The family/caregiver's involvement is a major component in the continuous treatment of the dementia patient. Although caregiver is not the primary patient, one should keep in mind his/her health needs. The aim of this article is to review relevant issues related to the oral health of AD patients and caregivers. There is data in the literature showing that, in AD patients, a poor oral hygiene and higher prevalence of oral disease are observed. This is due to the patient disability to perform oral hygiene. In these patients there are five critical items on oral health care: symptoms, oral exam, approach, caregiver's role on oral health maintenance, and Dentist's role on oral health maintenance of the AD patient. If one may think in the suffering caused by the act of taking care of a dementia bearer, and in the association of it with significant alterations in immunity, one may reason that the impact on oral hygiene and oral health are also of significance, hence, besides the questions related to AD patients, the questions referent to oral health of caregivers are also of importance, despite that most of time neglected.

KEYWORDS: alzheimer's disease; caregivers; oral health; oral hygiene

Recebido para publicação em 19/12/2002

Aprovado em 24/04/2003

Correspondência para:

Fernando Neves Hugo

E-mail: juhilger@terra.com.br

Laboratório de Envelhecimento Celular, IPB, Hospital São Lucas - PUCRS

Av. Ipiranga 6690, 2º andar - Jardim Botânico, Porto Alegre, RS - CEP 90610-000

Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002
Demographic profile of the elderly population in Brazil and in Rio de Janeiro in 2002

Renata Santos Pereira¹

Cíntia Chaves Curioni²

Renato Veras³

Resumo

O crescimento da população idosa, definida como aquela a partir dos 60 anos de idade, é um fenômeno mundial, ocorrendo em um nível sem precedentes. No Brasil, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa excederá a 30 milhões de pessoas, chegando a representar quase 13% da população. Este trabalho busca realizar uma análise descritiva do perfil dos idosos no Brasil, no estado e no município do Rio de Janeiro. As análises serão feitas a partir de indicadores construídos com as informações dos censos do IBGE de 1991 e 2000 e fazendo-se uma projeção para o ano 2002. Os dados analisados são: população total, gênero, alfabetização, população urbana e rural, responsabilidade nos domicílios e renda. Também são discutidas as possíveis causas para essas proporções.

PALAVRAS-CHAVE: demografia; envelhecimento humano; idoso; crescimento populacional; saúde coletiva.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS – define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade. Esse limite é válido para os países em desenvolvimento, mas admite-se um ponto de corte de 65 anos de idade para os países desenvolvidos, pela tradição destes em utilizarem esse índice há várias décadas.

Do ponto de vista demográfico, segundo Carvalho e Andrade (2000), envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à

evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Nas sociedades ocidentais, é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria.

São considerados idosos aqueles indivíduos que ultrapassam os 60 anos de idade. No entanto, é difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade. Além disso, nesse segmento conhecido como terceira idade estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista sócio-econômico como demográfico e epidemiológico. Na análise de Parahyba (1998), relativa aos indicadores sociais desse grupo populacional, os diferenciais por sexo, educação e renda costumam ser bastante expressivos.

O Demographic Yearbook menciona que, nas Nações Unidas, a idade de 60 anos também é usada como o ponto de corte que define a velhice. Essa idade foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde, em 1984, no Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento.

LEGISLAÇÃO

Além do importante trabalho da OMS de 1984 (WHO, 1984), no Brasil, existem dois documentos oficiais: a Lei 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, que no seu artigo 2º diz “considera-se idoso, para todos os efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade”, e a Política Nacional de Saúde do Idoso, sancionada pelo Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial em 13 de dezembro de 1999, que define a idade a partir dos 60 anos para designar idoso.

Portanto, a despeito dessas singularidades e em nome da comparabilidade de dados, é utilizada uma abordagem cronológica para definir a população idosa. O presente trabalho adotou como critério de classificação do idoso, as pessoas com 60 anos ou mais de idade.



POLÍTICAS OFICIAIS

De acordo com o texto da Lei 8.842/94, a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Vale ressaltar as disposições do artigo 3º desta lei, que trata o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e reconhece a necessidade de se considerarem as diferenças econômicas, sociais e regionais existentes no País na formulação de políticas direcionadas aos idosos.

A Assembléia Geral das Nações Unidas realizada na cidade de Madri, em abril de 2002, na sua 2ª Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, teve como um dos objetivos discutir o impacto do rápido envelhecimento do planeta, a fim de propor políticas específicas para esse grupo etário, tendo em vista o aspecto de multiplicidade de fatores na análise do envelhecimento humano.

Mais recentemente, em maio de 2002, o governo federal brasileiro instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos, que considera como público-alvo todos os grupos populacionais específicos passíveis de discriminação, entre os quais o grupo de pessoas idosas.

UM FENÔMENO MUNDIAL

Segundo o IBGE (2002), o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas; um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade (Andrews, 2000). Outros aspectos importantes para explicar esse fenômeno, na visão de Andrews, são os seguintes:

- desde 1950, a esperança de vida ao nascer em todo o mundo aumentou 19 anos;

- hoje em dia, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais; para 2050, estima-se que a relação será de um para cinco, para o mundo em seu conjunto, e de um para três para o mundo desenvolvido;
- segundo as projeções, o número de centenários – de 100 anos de idade ou mais – aumentará 15 vezes, de aproximadamente 145.000 pessoas em 1999, para 2,2 milhões em 2050;
- entre 1999 e 2050, o coeficiente entre a população ativa e inativa – isto é, o número de pessoas entre 15 e 64 anos de idade por pessoa de 65 ou mais – diminuirá em menos da metade, nas regiões desenvolvidas, e em uma fração ainda menor nas áreas menos desenvolvidas.

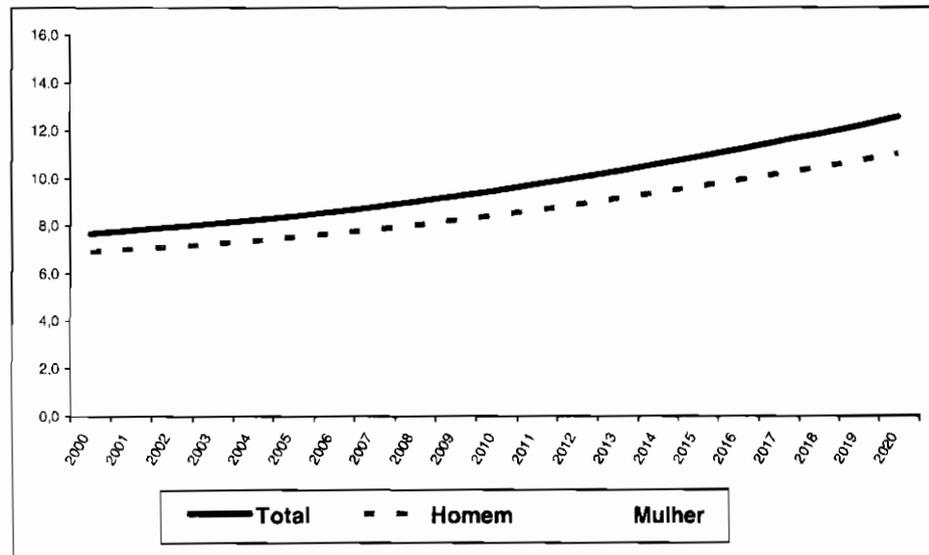
AS PERSPECTIVAS

Considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder a 30 milhões de pessoas ao final desse período, chegando a representar quase 13% da população (Gráfico 1). A análise da evolução da relação idoso/criança ($\text{Relação (idoso/criança)} = (\text{Pop. } 60+ / \text{Pop. } 0-14) * 100$) mostra que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças: de 15,9%, em 1980, passou para 21,0% em 1991 e atingiu 28,9% em 2000. Em outras palavras, se em 1980 existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças, 20 anos depois essa relação praticamente dobra, passando para quase 30 idosos por 100 crianças. Assim, embora a fecundidade ainda seja a principal componente da dinâmica demográfica brasileira, em relação à população idosa é a longevidade que vem progressivamente definindo seus traços de evolução (IBGE, 2002).

PERFIL DOS IDOSOS

GRÁFICO 1

PROJEÇÃO DE CRESCIMENTO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE SEGUNDO O SEXO - BRASIL - 2000-2020



Fonte: Projeto IBGE/Fundo de População das Nações Unidas UNFPA/BRASIL (BRA/98/POB). Sistema

Objetivo

O objetivo principal deste trabalho é uma análise descritiva do perfil dos idosos no Brasil, no estado e no município do Rio de Janeiro. As análises serão feitas a partir de indicadores construídos com as informações do censo do IBGE 1991 e 2000, fazendo uma projeção para o ano 2002. O estudo procura atender à demanda por dados recentes sobre idosos no Brasil, que servirão como base para pesquisadores e estudiosos da área.

População residente total

Observa-se um aumento da população total de idosos brasileiros, que em 2000 era de 14.536.026, contra 10.722.705 observados em 1991,

com uma projeção de 15.383.434 para o ano 2002, vindo representar 8.8% da população brasileira total (Tabela 1). No Estado do Rio de Janeiro, o percentual de idosos é superior ao da média nacional, com 9.2% em 1991, 10.7% em 2000 e 11% em 2002. E é ainda um pouco maior, considerando-se somente o município do Rio de Janeiro com 11.2% em 1991, 12.8% em 2000 e 13.2% em 2002.

De 1991 para 2002, observa-se no Brasil um crescimento em todos os grupos de idade, com um aumento maior nos grupos etários mais avançados, de 70 a 74 anos, que passaria de 1.3 para 1.7%, e de 75 ou mais, que passaria de 1.6 para 2.2% da população total de idosos. Esses percentuais são ainda maiores no Estado do Rio de Janeiro, com 2.6% em 2002 no grupo de idade de 75 anos ou mais, e ainda mais elevado no município do Rio de Janeiro, 3.5% em 2002 para a mesma faixa de idade.

Portanto, ocorre não somente um aumento da população idosa, mas também um envelhecimento dessa população, com um número maior de idosos nas faixas etárias mais elevadas.

TABELA 1
POPULAÇÃO RESIDENTE TOTAL DE 60 ANOS OU MAIS DE IDADE
NO BRASIL, ESTADO DO RIO DE JANEIRO E MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO - 1991/2000/2002

	População residente total	População residente de 60 anos ou mais					
		Total		Grupos de idade (%)			
		Absoluto	Relativo	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 ou mais
1991							
Brasil	146 825 475	10 722 705	7,3	2,5	1,9	1,3	1,6
Estado do RJ	12 807 706	1 182 594	9,2	3,3	2,4	1,6	2,0
Município do RJ	5 480 768	616 295	11,2	3,9	2,9	1,9	2,5
2000							
Brasil	169 799 170	14 536 029	8,6	2,7	2,1	1,6	2,1
Estado do RJ	14 391 282	1 540 754	10,7	3,3	2,7	2,1	2,6
Município do RJ	5 857 904	751 637	12,8	3,7	3,2	2,6	3,3
2002 (projeção)							
Brasil	174 904 436	15 383 434	8,8	2,8	2,2	1,7	2,2
Estado do RJ	14 743 188	1 620 345	11,0	3,3	2,8	2,2	2,8
Município do RJ	5 941 712	781 713	13,2	3,7	3,3	2,7	3,5



Gênero

A maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino. Era de 5,7 milhões em 1991, passando para 8 milhões em 2000, estimando-se um total de 8,5 milhões em 2002, contra um total de 4,9 milhões em 1991, 6,5 milhões em 2000 e 6,9 milhões em 2002 para o gênero masculino (Gráfico 2).

Com base nos dados dos últimos censos, observam-se importantes diferenciais por gênero entre os idosos, com uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens. Vários estudos já apontaram essa característica como uma das mais marcantes especificidades do grupo.

Como vivem mais que os homens, as mulheres têm maiores possibilidades de viverem sozinhas na terceira idade. Em quase todos os países, o número de viúvas é maior que o de viúvos. Nos países periféricos, o número de mulheres que vivem sozinhas é muito menor que nos países desenvolvidos, mas ainda é mais alto entre as mulheres que entre os homens. A maioria dos idosos nos países em desenvolvimento – viúvos ou não – vive com seus filhos. Quanto mais filhos a mulher tiver, maiores são as chances de ela viver com um deles na terceira idade. No entanto, a queda na taxa de natalidade reduzirá essa probabilidade. A dimensão dos problemas que as mulheres enfrentam na terceira idade aumenta, se for levado em conta o fenômeno chamado de “feminização da velhice” (Veras, 1994).

Escolaridade

Em relação à escolaridade, no ano de 1991, um total de 44,2% dos idosos não sabia ler ou escrever. Havendo uma redução desse percentual para 35,2% em 2000 e 33,2% em 2002. Desse total, observa-se, de acordo com o Gráfico 3, que a maioria entre os que não sabem ler ou escrever é de mulheres, que representam um total de 47,6% em 1991, 37,5% em 2000 e 35,3% em 2002.

GRÁFICO 2
POPULAÇÃO RESIDENTE TOTAL POR SEXO NO BRASIL - 1991/2000/2002.

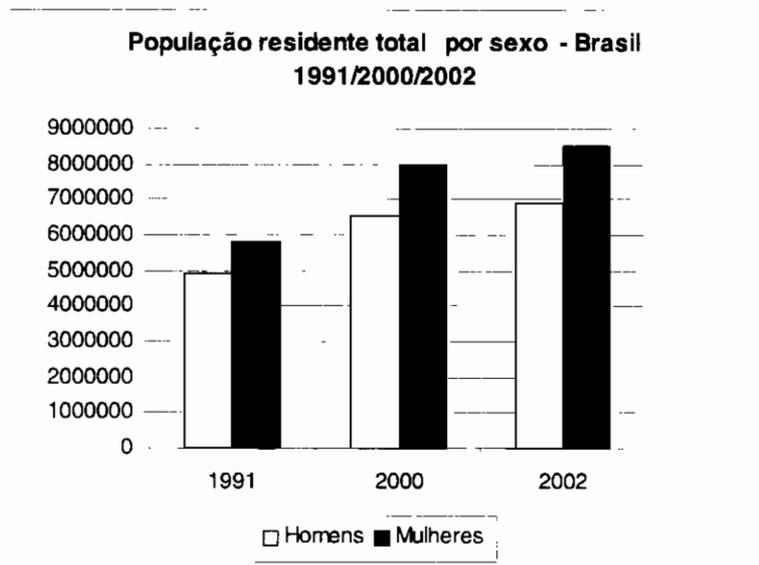
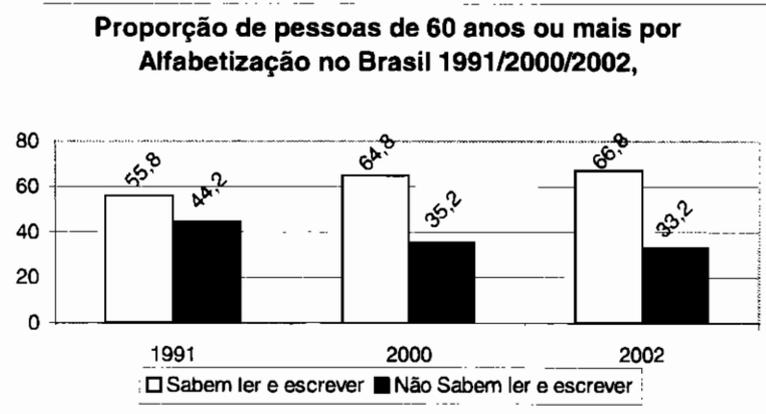


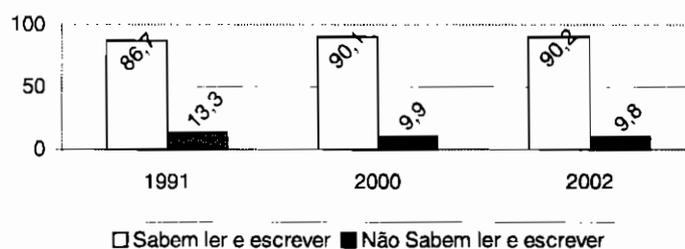
GRÁFICO 3
PROPORÇÃO DE PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS POR ALFABETIZAÇÃO NO BRASIL - 1991/2000/2002.



Observa-se no Gráfico 4 que, no Estado do Rio de Janeiro, os percentuais de homens e mulheres que não sabem ler ou escrever é menor que a média nacional (22.9% em 1991, 17.3% em 2000 e 16% em 2002), com percentuais menores ainda no município do Rio de Janeiro (13.3% em 1991, 9.9% em 2000 e 9.2% em 2002).

GRÁFICO 4
PROPORÇÃO DE PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS POR ALFABETIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 1991/2000/2002.

Proporção de pessoas de 60 anos ou mais por Alfabetização no município do Rio de Janeiro 1991/2000/2002,

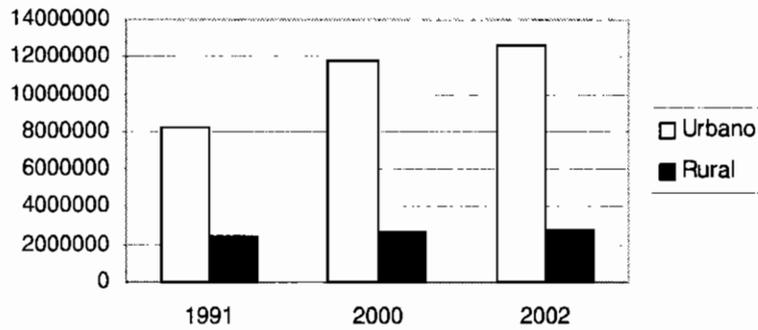


População rural e urbana

A grande maioria da população idosa brasileira é urbana, que representava 77% da população total em 1991, contra 81% em 2000, com projeção de 82% no ano 2002 (Gráfico 5). Deve-se considerar que ocorre um decréscimo da população rural como um todo, e não apenas um decréscimo isolado da população idosa rural.

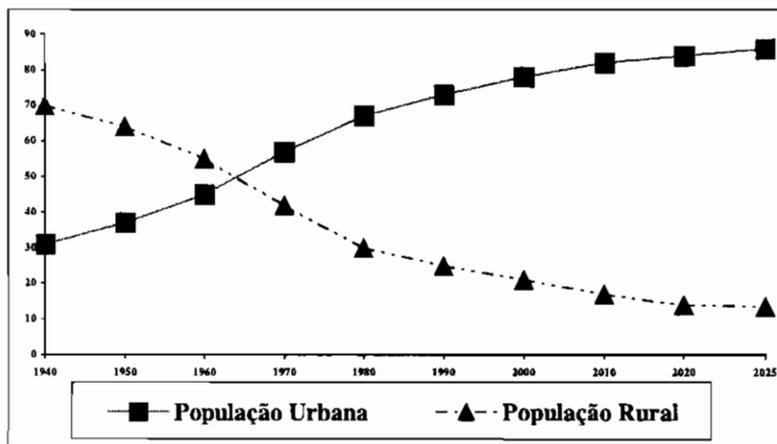
GRÁFICO 5
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA EM ESTRATOS URBANO E RURAL NO BRASIL – 1991/2000/2002.

**População Urbana e Rural
Brasil - 1991/2000/2002**



Segundo Veras (1994), vem ocorrendo um decréscimo da população rural e um aumento da população urbana há várias décadas (Gráfico 6).

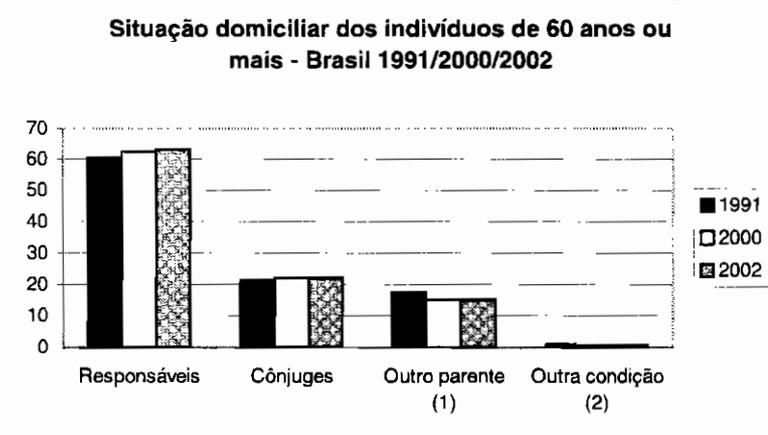
GRÁFICO 6
POPULAÇÃO URBANA E RURAL NO BRASIL DE 1940 A 2025.



Idosos responsáveis pelo domicílio

Observa-se no Gráfico 7 um aumento no total da população idosa responsável pelos domicílios no Brasil, 60,4% dos idosos em 1991, passando para 62,4% em 2000, com projeção de 63% para 2002, com resultados semelhantes no estado e no município do Rio de Janeiro. Em um país, atualmente, com níveis crescentes de desemprego, os idosos, com a sua aposentadoria, freqüentemente assumem a função de responsáveis pelo sustento familiar.

GRÁFICO 7
SITUAÇÃO DOMICILIAR DOS INDIVÍDUOS DE 60 ANOS OU MAIS
NO BRASIL - 1991/2000/2002.

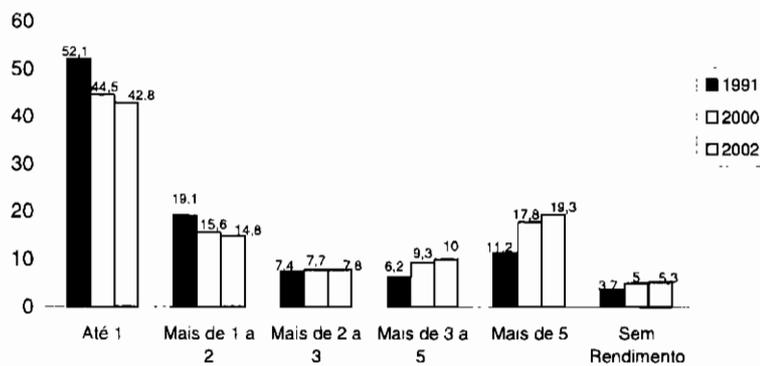


Renda

A maioria dos idosos brasileiros tem renda mensal até 1 salário mínimo, 52,1% em 1991, 44,5% em 2000 e 42,8% em 2002.

Observa-se que no Estado do Rio de Janeiro esses percentuais são menores em relação à média nacional, com 35,2% em 1991, 26,8% em 2000 e 24,9% em 2002.

GRÁFICO 8
 RENDIMENTO MENSAL POR SALÁRIOS MÍNIMOS DAS PESSOAS
 DE 60 ANOS OU MAIS NO BRASIL - 1991/2000/2002.



CONCLUSÃO

Os dados indicam que a população brasileira está envelhecendo, assim como a população mundial, o que pode ser explicado por um aumento gradativo da expectativa de vida média, gerado possivelmente por um avanço tecnológico-científico, além da elevação do nível de vida da população (ainda que longe do ideal, melhores condições médicas, saneamento, condições higiênico-sanitárias etc.), no caso de países em desenvolvimento, como o Brasil.

Encontramos um grande aumento da proporção de idosos no Brasil com o passar dos anos, sendo esse crescimento mais significativo no Estado do Rio de Janeiro e, ainda de modo mais expressivo, no município do Rio de Janeiro (vide detalhamento na tabela 2), caracterizando, entre outros elementos, melhores condições de vida.

TABELA 2
PROPORÇÃO DE POPULAÇÃO DE TERCEIRA IDADE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, EM 2002 (PROJEÇÃO), NAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO (AP) E EM BAIROS SELECIONADOS.

	Porcentagem da população de 60 e mais anos de idade sobre o total da população
AP 1	13,89
Centro	19,27
Santo Cristo	14,71
Rio Comprido	15,36
Santa Teresa	12,73
São Cristóvão	12,66
AP 2	20,17
Botafogo	18,33
Catete	15,26
Flamengo	26,53
Copacabana	27,53
Leblon	23,48
Rocinha	4,43
Tijuca	20,26
Andaraí	18,17
Vila Isabel	14,91
AP 3	12,84
Ramos	14,63
Penha	12,84
Inhaúma	12,92
Irajá	14,32
Pavuna	9,56
Méier	22,61
Piedade	15,80
Madureira	15,12
Comp. do Alemão	6,84
Maré	6,21
Barra da Tijuca	18,05
Jacarepaguá	5,77
Vargem Pequena	5,45
AP 5	9,09
Bangu	9,83
Campo Grande	9,34
Santa Cruz	7,42
Guaratiba	7,26

Fonte, IBGE, Censo Demográfico, 2000, IBGE.
População total em 2002 (projeção) 5 941 712.

Essa ampliação da expectativa de vida não ocorre de modo uniforme em ambos os sexos. O aumento para as mulheres é mais significativo do que para os homens, caracterizando o fenômeno de feminização da população idosa.

Esse fenômeno pode ser explicado, em parte, por uma maior expectativa de vida das mulheres, devido a diversos fatores, tais como:

menor consumo de álcool e tabaco, que são associados a doenças cardiovasculares e diferentes tipos de neoplasias, sendo as principais causas de morte na população acima de 45 anos. (Homens consomem em maiores quantidades);

as mulheres têm, de modo geral, melhor percepção da doença e fazem uso mais constante dos serviços de saúde do que os homens. É possível que a detecção precoce e melhor tratamento de doenças crônicas nas mulheres contribuam para um prognóstico melhor;

atendimento médico-obstétrico – a mortalidade materna, antes uma das causas principais de morte prematura entre mulheres, é atualmente baixa;

diferenças na exposição a riscos – acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são, em conjunto, quatro vezes mais frequentes para os homens do que para as mulheres, nas áreas urbanas brasileiras.

Há um crescimento na população urbana e diminuição da população rural, tanto para homens como para mulheres, o que não significa melhora da qualidade de vida, e sim mais competitividade em vários aspectos. Esse é um fenômeno nacional e evidenciado ainda mais no Estado do Rio de Janeiro (97%), caracterizado por uma população essencialmente urbana.

A grande maioria dos idosos brasileiros possui uma renda média até 1 salário mínimo, o que não lhes garante, na maioria das vezes, uma condição de vida satisfatória, principalmente quando essa é a única fonte do sustento familiar, o que é comprovado pelo relevante aumento dos domicílios sob a responsabilidade dos idosos.

Com relação à renda, comparando o Brasil com o Rio de Janeiro, observamos uma melhor posição do Rio de Janeiro em relação à média brasileira. O percentual de idosos no Brasil com renda menor que 1 salário mínimo é praticamente o dobro do Estado do Rio de Janeiro. E nos extratos com renda maior que 5 salários mínimos ocorre o inverso, sendo a prevalência bem mais elevada no município do Rio de Janeiro, revelando melhores condições sócio-econômicas da população carioca em relação à fluminense. Outro fato que evidencia essa melhor condição sócio-econômica do Estado, particularmente do município do Rio de Janeiro, é a escolaridade. O município do Rio de Janeiro tem prevalência de analfabetismo 3,5 vezes menor que a média nacional. Vale a pena ressaltar que, mesmo sem considerar a média de anos de estudo, observou-se com o passar dos anos uma redução do analfabetismo no Brasil, em geral.

Em suma, pode-se constatar em todos os indicadores analisados uma característica uniforme de que o Estado e, em especial o município do Rio de Janeiro encontra-se em posição superior ao da média brasileira, o que aliás já era esperado.

NOTAS

- 1 Especialista em Nutrição em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestranda em Epidemiologia do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), nutricionista.
- 2 Mestranda em Epidemiologia do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), nutricionista.
- 3 Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ), PhD em Saúde Pública pela Universidade de Londres, pesquisador I do CNPq, médico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREWS, Garry A. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBE—O SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD, 1999, Santiago. *Anais...* Santiago: CELADE, 2000. p. 247- 256. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).

ARAÚJO, Tereza Cristina N.; ALVES, Maria Isabel C. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos sobre envelhecimento*. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, n. 3, p. 7-19. 1º sem. 2000.



BRASIL. Congresso. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1, ano 132, n. 3.

_____. Decreto 1.498, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842 de 4 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jul. 1996. Seção 1, ano 134, n. 128, 12278-12279.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria n.º 1.395, de 9 de dezembro de 1999. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dez 1999. N. 237-E, seção 1, p. 20-24.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. *Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2002.

KALACHE, A. Ageing worldwide. In: EBRAHIM, Shah; KALACHE, Alex (Eds.). *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group and WHO, 1996, p. 22 - 31.

MONTEIRO, Mário F.G.; ALVES, Maria Isabel C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. VERAS, Renato (Org.). *Envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. 3 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UnATI/UERJ, 1995, p. 65-78

PARAHYBA, Maria Isabel. Evolução da mortalidade dos idosos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu. *Anais...* Caxambu: ABEP, 1998.

UNITED NATIONS ORGANIZATION, Department of International Economic and Social Affairs (UNO, Diesa). *Periodical on Ageing*, New York, United Nations, v. 1, n. 1, 1985.

_____. *Demographic Yearbook 1991*, special issue: Population Ageing and situation of the elderly persons. Nova York: Statistical Office of the United Nations, Department of International Economical and Social Affairs (UNO, Diesa), 1991.

_____. Building a society for all ages. In: *WORLD ASSEMBLY ON AGEING*, 2^{nd.}, 8-12 abr. Madri, Spain, 2002.

VERAS, Renato P.; ALVES, Maria Isabel C. População idosa no Brasil: consideração a cerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 320-337.



VERAS, Renato P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The uses of Epidemiology in the study of the elderly*. Geneva, WHO, 1984. (Technical Report Series, 706)

_____. *Uses of epidemiology in aging*. Report of a scientific group, Geneva, WHO, 1984. (Technical Report series, 706)

ABSTRACT

The growth of the elderly population, defined as that starting from the 60 years of age, it is a world phenomenon happening at an unprecedented level. In Brazil the estimates for the next 20 years indicate that the elderly population will exceed 30 million people, getting to almost represent 13% of the population. This work search to accomplish a descriptive analysis of the seniors' profile in Brazil, of the State and Municipal district of Rio de Janeiro. The analyses will be made starting from indicators built with the information of the census of 1991 and 2000, and being made a projection for the year of 2002. The analyzed data are: total population, gender, literacy, urban and rural population, responsibility in the homes and income. Also the possible causes are discussed for these proportions.

KEYWORDS: demography; aging human; ageing; population growth; public health.

Recebido para publicação em 02/12/2002

Aprovado em 19/03/2003

Correspondência para:

Cíntia Chaves Curioni

E-mail: c_curioni@uol.com.br



Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento UnATI-UERJ: identificação, sistematização e disseminação de informações sobre envelhecimento humano no Brasil

Reference and Documentation on Aging Center UnATI/UERJ: identification, systematization and dissemination of information on human aging in Brazil

Shirley Donizete Prado¹

Andréa Estevam de Amorim²

Conceição Ramos de Abreu³

RESUMO

Apresentamos o Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE), inaugurado em março de 1999, cujos objetivos gerais correspondem à identificação, sistematização e disseminação de informações de abrangência nacional no campo do envelhecimento humano. Situa-se no interior da Coordenação de Pesquisa da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), programa estruturado como uma micro-universidade temática vinculado à Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). As iniciativas implementadas e aqui apresentadas correspondem a bases de dados disponibilizadas gratuitamente na Internet através da página eletrônica da UnATI-UERJ: (a) o acervo técnico e científico do CRDE, (b) a base de dados bibliográficos referente às teses e dissertações sobre envelhecimento produzidas no Brasil, (c) os artigos, em versão integral, do periódico *Textos sobre Envelhecimento*, (d) as revistas científicas nacionais e internacionais sobre geriatria e gerontologia, (e) os lançamentos editoriais da UnATI, incluindo textos completos, (f) os programas brasileiros de pós-graduação que contam com linhas de pesquisa sobre envelhecimento, (g) os grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, (h) a legislação sobre idosos no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento; serviços de informação; publicação eletrônica; comunicação científica.

O ENVELHECIMENTO HUMANO COMO TEMA DE INTERESSE RECENTE NO BRASIL

Em sua construção de uma história da velhice no Brasil, Groisman (1999 e 2002), destaca três períodos bem marcantes: a *virada do século* (XIX-XX) quando uma série de mudanças – referentes aos asilos e a instituição das aposentadorias – implicariam evidenciar a velhice como uma etapa específica da vida; os anos 1960-1970, com o surgimento das sociedades científicas da área e a constituição de um discurso específico que começaria gradativamente a ganhar espaços institucionais; finalmente, o período que se segue a 1990, quando o envelhecimento como questão social passa a alcançar proporções até então não registradas, com amplo destaque, inclusive, nos meios de comunicação.

No âmbito acadêmico, os velhos, a velhice e o processo de envelhecimento, nesses últimos anos, vêm sendo tratados através da constituição de espaços destinados a pessoas idosas (Cachione, 1999), de programas de pós-graduação (Prado e Lima, 2001), de uma produção científica oriunda das mais diversas áreas do conhecimento, de várias instituições de ensino superior e de todos os quadrantes do País (Prado, Tavares e Silva, 1999).

Nesse contexto, ao final dos anos 80, o Professor Piquet Carneiro* idealizou um grande Centro de Convivência voltado para o estudo da população idosa que, além de compreender uma unidade de saúde de referência, pudesse ser um *locus* de formação qualificada de profissionais de saúde e áreas correlatas e de produção e disseminação de conhecimento através do desenvolvimento de pesquisas. Um Centro que prestasse assistência e serviços de diversas naturezas a idosos de diferentes faixas etárias, gêneros, etnias, extratos sociais, níveis educacionais e culturais, sempre guiado pela excelência das alternativas oferecidas. Enfim, um Centro de Convivência e excelência no interior da Universidade Pública. Assim foi criada a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), programa vinculado à Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). Decorridos nove anos desde o início de suas atividades, não só foram consolidados os ideais do Professor Piquet Carneiro, como ampliou-se, em muito, o seu âmbito de atuação.

Além de oferecer mais de cem cursos para cerca de três mil idosos por semestre, a UnATI conta com dois ambulatórios especializados, desen-

volve pesquisas, mantém acentuada produção científica e recebe profissionais de diversas áreas da saúde em seu programa de residência em envelhecimento e saúde.

O CENTRO DE REFERÊNCIA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE ENVELHECIMENTO - CRDE

Sensível às dificuldades encontradas quanto à geração e circulação de informações qualificadas no âmbito do envelhecimento humano, a UnATI – UERJ criou, em março de 1999, o Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE).

Constituem-se seus objetivos mais gerais a organização, a sistematização e a disseminação de informações, através da implementação de bases de dados que contemplem as mais diversas áreas temáticas de conteúdo gerontológico e geriátrico e do estabelecimento de vínculos com instituições afins, buscando integrar redes de informação nesse âmbito do conhecimento. Como objetivos específicos, o CRDE propõe-se a:

- desenvolver site na Internet a fim de permitir acesso às principais informações sobre a UnATI, disponibilizar as bases de dados produzidas no CRDE e oferecer *links* para outros espaços na rede;
- pesquisar e proceder o levantamento de títulos, artigos, teses, periódicos, jornais, seminários e eventos de interesse para os usuários;
- desenvolver base de dados bibliográficos informatizada, constituída pelo acervo documental do CRDE;
- desenvolver bases de dados bibliográficos e institucionais nacionais referentes ao envelhecimento humano;
- disponibilizar informações de interesse para idosos, seus familiares, cuidadores, estudantes, profissionais, gestores e pesquisadores na área geronto-geriátrica;
- promover intercâmbio de informações, tanto em âmbito nacional quanto internacional, com instituições congêneres nas áreas de Geriatria e Gerontologia.

Uma das primeiras iniciativas do CRDE foi a estruturação do site <http://www.unati.uerj.br> que, construído com uma interface bastante amigável, possibilita navegação por toda a programação de atividades oferecidas pela UnATI para idosos (cursos, palestras, oficinas, atividades culturais e de lazer) e para profissionais; informa sobre os serviços de saúde especializados disponíveis na UnATI; hoje, dá acesso ao Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (<http://www.unati.uerj.br/crde/crde.htm>) onde é possível consultar: (a) o acervo técnico e científico do CRDE, (b) a base de dados bibliográficos referente às teses e dissertações sobre envelhecimento produzidas no Brasil, incluindo textos completos, (c) os artigos, em versão integral, do periódico *Textos sobre Envelhecimento*, (d) as revistas científicas nacionais e internacionais sobre geriatria e gerontologia, (e) os lançamentos editoriais da UnATI, incluindo textos completos, (f) os programas brasileiros de pós-graduação que contam com linhas de pesquisa sobre envelhecimento, (g) os grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, (h) a legislação sobre idosos no Brasil.

Logo após o início de suas atividades, o CRDE buscou o estabelecimento de convênio com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME - <http://www.bireme.br>) do qual tornou-se imediatamente um Centro Cooperante, colaborando na alimentação da base de dados bibliográficos "Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde" (LILACS, 2002) e participando do "Sistema Cooperativo de Acesso a Documentos" (SCAD, 2002). A expansão dessa cooperação institucional vem-se dando através de transferência de tecnologia de informação, permitindo importante elevação na qualidade da página eletrônica da UnATI.

Mais recentemente, o CRDE vem implementando trabalhos cooperativos com a Unidad de Envejecimiento y Salud da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002).

A UnATI participa do Comitê Consultivo Brasileiro da BIREME para implementação da Biblioteca Virtual em Saúde – Envelhecimento (BVS-E-Brasil, 2002). Como parte do portal BVS, esse espaço eletrônico temático estará integrado a outros sites em desenvolvimento em países do continente americano. Com lançamento internacional previsto para 2003, a BVS – E tem seu escopo de ação em construção,

Textos Envelhecimento	Unati/UERJ	Rio de Janeiro	vol. 6 n° 1	p.61-79	1º semestre 2003
-----------------------	------------	----------------	-------------	---------	------------------

do do Rio de Janeiro (UERJ). Decorridos nove anos desde o início de suas atividades, não só foram consolidados os ideais do Professor Piquet Carneiro, como ampliou-se, em muito, o seu âmbito de atuação.

Além de oferecer mais de cem cursos para cerca de três mil idosos por semestre, a UnATI conta com dois ambulatórios especializados, desen-

Textos Envelhecimento	Unati/UERJ	Rio de Janeiro	vol. 6 n° 1	p.61-79	1º semestre 2003
-----------------------	------------	----------------	-------------	---------	------------------

havendo um longo percurso a ser trilhado dentro da perspectiva de disponibilizar informações e estabelecer integração com outras instituições afins. As contribuições do CRDE para esse portal correspondem aos conteúdos aqui apresentados.

Atualmente, o CRDE encontra-se instalado em duas amplas salas, adequadamente adaptadas com recursos provenientes do Convênio UERJ – Ministério da Saúde, contando com três computadores para a produção do site www.unati.uerj.br e seis para as demais atividades. Sua equipe é composta por uma coordenadora, uma pesquisadora, uma profissional de editoria científica, uma bibliotecária e dois profissionais de Informática.

O SITE [HTTP://WWW.UNATI.UERJ.BR](http://www.unati.uerj.br)

O site da UnATI está em atividade desde 1999. Construído com uma interface ágil, disponibilizou, inicialmente, informações específicas sobre a UnATI (como a programação semestral de cursos, palestras, eventos, oficinas e outras atividades para a terceira idade e para profissionais oferecidos pela Coordenação de Ensino), os projetos assistenciais e de saúde desenvolvidos pela Coordenação de Extensão e as pesquisas e publicações através da Coordenação de Pesquisa.

A ampliação desse espaço eletrônico vem-se dando especialmente através de produtos desenvolvidos no CRDE. O site corresponde a projeto estratégico, por se constituir no elemento articulador das iniciativas já implementadas e futuras no que concerne a sua inserção de redes de informação qualificadas e especializadas no campo do envelhecimento humano.

Todos os projetos apresentados a seguir têm sua concretização estabelecida através do site da UnATI, conferindo-lhe solidez acadêmica, conteúdo científico de interesse para pesquisadores, estudantes ou profissionais interessados nesta temática, para idosos, seus familiares e cuidadores, para gestores ou autoridades - particularmente nas áreas da saúde, previdência e legislação - entre outros atores sociais.

ACERVO CRDE - UNATI

(<http://www.unati.uerj.br/crde/acervo/acervo.htm>)

Buscando oferecer informações bibliográficas organizadas aos pesquisadores e profissionais interessados nas questões relativas ao envelhecimento humano, definimos como uma das prioridades do CRDE a disponibilização na Internet de seu acervo especializado. São cerca de 500 obras abrangendo livros, periódicos, dissertações, teses, documentos governamentais entre outras publicações. Cabe destacar nossas coleções de dissertações, teses e revistas nacionais especializadas, as mais amplas do País.

Na primeira etapa, o acervo foi organizado em base eletrônica *Microisis*. Com a transferência, por parte da BIREME, de tecnologia que compõem o Sistema iAH (2002) de pesquisas em bases de dados bibliográficos na Internet e a correspondente capacitação da equipe do CRDE, tornou-se possível ao usuário proceder buscas simples ou avançadas e solicitar cópias diretamente no site da UnATI através do link "Acervo CRDE-UnATI".

Também é possível realizar consultas por telefone, fax, correio eletrônico ou pessoalmente, no próprio CRDE, que dispõe de área física específica para os usuários. Como Centro Cooperante da BIREME, as referências bibliográficas do nosso acervo alimentam regularmente a Base LILACS e as obras estão à disposição do SCAD.

TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS SOBRE ENVELHECIMENTO

(<http://www.unati.uerj.br/crde/teses/catalogo.htm>)

As dissertações e teses originárias de programas de pós-graduação *stricto sensu* correspondem a importante material de consulta, pelo fato de terem passado por crivo institucional e por apresentarem ampla gama de referências bibliográficas, o que contribui significativamente para o estudioso que necessita identificar a produção em torno da temática do envelhecimento humano.

Realizamos, a partir do início das atividades do CRDE, a primeira etapa da identificação da produção nacional sobre idosos, velhice e processo de envelhecimento. Consistiu do levantamento de dissertações e teses que resultou na publicação, em 1999, do *Catálogo Brasileiro de Teses e Dissertações na Área do Envelhecimento* (Prado et al., 1999). É necessário registrar que esse primeiro levantamento teve como base principal para a busca preliminar das referências as bibliotecas de universidades e instituições acadêmicas sediadas no Rio de Janeiro. A partir das obras encontradas, exploramos também referências bibliográficas de trabalhos produzidos em outras instituições, ampliando assim o leque de informações. Foram, então, identificadas 96 obras, das quais metade situada no campo das ciências sociais e humanas, com destaque para os trabalhos oriundos de programas de pós-graduação das unidades de Psicologia, Educação e Serviço Social; quanto à área da saúde (outra metade), as principais fontes de trabalho são os programas de pós-graduação implementados por instituições que investem em Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina.

A partir desse trabalho, desenvolvemos o Projeto Teses. Ampliamos o escopo de buscas e uma base eletrônica de dados referenciais foi criada. A intenção desse empreendimento era disponibilizar as referências através da consulta ao site da UnATI por um mecanismo de busca de fácil operação. A cooperação institucional com a Bireme possibilitou transferência da tecnologia de informação, o treinamento da equipe do CRDE e a criação de um *link* – Base Teses. Em outubro de 2002, a base estava composta por mais de 800 registros; um crescimento significativo de informação.

Todos as referências disponíveis para consulta possuem, obrigatoriamente, o campo localização da biblioteca depositária da obra com pelo menos um endereço eletrônico, alguns com até seis endereços diferentes. Todos permitem conexão com a página principal de consultas das bibliotecas; Quando as instituições possuem biblioteca digital de teses e dissertações, divulgamos o endereço de acesso ao texto integral das obras.

O processo de busca e identificação da produção acadêmica caracteriza-se por ser um trabalho meticuloso e demorado. As buscas são permanentemente realizadas em instituições que disponibilizam seus acervos na Internet: Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME (BVS)

(<http://www.bireme.br/bvs/P/pbd.htm>), principalmente a base LILACS; Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT (<http://www.ibict.br/bdtd/inicio.htm>); o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (<http://www.capes.gov.br>); o sistema de buscas por currículos na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (<http://genos.cnpq.br:12010/dwlattes/owa/consultapesq.inicio>); também visitamos e averiguamos páginas eletrônicas de bibliotecas e de programas de pós-graduação de instituições de ensino públicas e privadas no Brasil.

As consultas a esses bancos de dados vêm sendo realizadas através das seguintes palavras-chave e suas derivações e associações: *idoso, velho, velhice, envelhecimento, aposentadoria, asilo, gerontologia, geriatria* e a expressão *terceira idade*. A análise detalhada dos resultados das buscas efetuadas nos acervos é importante por várias razões. Em primeiro lugar, podemos realizar a exclusão de “falsos-positivos”: referências que não fazem alusão ao envelhecimento humano, mas sim ao de animais, vegetais etc. Segundo, se a obra já compõe a nossa Base Teses, podemos conferir todos os dados e, principalmente, checar se há uma nova biblioteca depositária. Terceiro, quando se trata de um novo registro, coletamos os dados necessários; mas, algumas vezes, os achados são insuficientes e, nesses casos, os registros são postos em “quarentena”, em um arquivo à parte, até que haja informação suficiente para sua disponibilização para consulta pelos usuários.

Certamente que o desenvolvimento de uma base de dados nacional que reúne dissertações de mestrado e doutorado, livre docência – e outras, inclusive de valor histórico – que têm como objeto o processo de envelhecimento humano corresponde à contribuição relevante, tanto no que se refere às facilidades que oferece ao usuário, como por sua abrangência, o que lhe confere caráter estratégico para o estabelecimento de redes de informação científica.

A base de dados está construída em Microisis e o Sistema IAH, disponibilizado pela BIREME, também foi utilizado, de forma que já é pos-



sível ao usuário realizar consultas através do site da UnATI, através do link *Teses no site da UnATI*. Para as teses e dissertações que já se encontram em texto completo na Internet é possível ao usuário acesso direto e gratuito a seu conteúdo. O passo seguinte e de maior repercussão nesse processo, corresponde à ampliação do número de obras em texto integral, gratuitamente, através do site da UnATI.

REVISTA TEXTOS SOBRE ENVELHECIMENTO

(<http://www.unati.uerj.br/tse/index.php>)

Neste projeto, foi desenvolvido um periódico científico especializado com o objetivo de responder à demanda crescente por parte de pesquisadores, pós-graduandos e demais estudiosos interessados em obter subsídios para a realização de seus trabalhos ou divulgá-los dentro destas desafiadoras temáticas: a velhice, o envelhecimento e os idosos no Brasil.

Diante da diversidade que marca esse campo do conhecimento, a revista *Textos sobre Envelhecimento* propõe-se a divulgar principalmente pesquisas originais, além de artigos de revisão e relatos de experiência. Estão em foco trabalhos desenvolvidos por profissionais e estudiosos que apresentem seus artigos para apreciação através de sistema de revisão por pares, conforme definição do corpo editorial do periódico, que conta com representantes de instituições nacionais e estrangeiras nesse campo do conhecimento.

Textos sobre Envelhecimento vêm mantendo sua periodicidade semestral, com uma média inicial de três artigos originais e 60 páginas por número, chegando agora a cinco artigos por volume e cerca de 100 páginas. Os trabalhos publicados correspondem principalmente a pesquisas originais e textos derivados de dissertações e teses desenvolvidas em programas de pós-graduação encaminhados a partir de diferentes instituições e unidades da federação e do exterior. Em seu formato tradicional, vem sendo editorada pelo Departamento de Extensão da SR-3 e impressa na gráfica da UERJ. Sua distribuição alcança as principais instituições que atuam no campo do envelhecimento humano no Brasil.

O sistema de recebimento de artigos, de encaminhamento para os consultores/pareceristas e de comunicação com os autores vinha sendo realizado por meio de correio convencional. Implantamos, recentemente, o uso do correio eletrônico no processo de revisão por pares, garantindo sigilo e segurança aos participantes, trazendo maior agilidade, simplificando os procedimentos.

A REVISTA

A revista *Textos sobre Envelhecimento* recebeu tratamento eletrônico específico: utilizamos a Metodologia SciELO (Scientific Eletronic Library Online) para sua disponibilização na Internet, que inclui navegação interna aos artigos, *links* nas referências bibliográficas (Packer, 2001). A equipe do CRDE recebeu treinamento específico, procedeu a marcação SciELO de todos os números da revista, que já está no ar no site da UnATI desde o primeiro semestre de 2002. Esse é um projeto pioneiro, pois *Textos sobre Envelhecimento* corresponde ao único periódico científico especializado que pode ser acessado na Internet em texto integral e gratuitamente entre os produzidos no âmbito da América Latina.

A adoção da Metodologia SciELO corresponde a um passo importante na estratégia de estabelecimento de conexões com redes de informação consolidadas. A ampliação da visibilidade nacional e internacional da produção científica sobre envelhecimento corresponde a uma meta, cujo alcance encontra-se fortemente vinculado ao movimento mundial de desenvolvimento de publicações eletrônicas (Packer, et. al, 2001).

REVISTAS CIENTÍFICAS EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA (<http://www.unati.uerj.br/revistas>) o link ainda não está pronto.

Desenvolvemos um cadastro de publicações científicas em formatos convencional e eletrônico em âmbito nacional para disponibilização no site da UnATI. Identificamos oito revistas brasileiras criadas a partir de 1969. Hoje, três dessas publicações encontram-se em atividade regular (*Textos sobre Envelhecimento*, *Terceira Idade* e



Kairós: gerontologia). Todos esses periódicos fazem parte do acervo documental do CRDE e é possível acesso aos números e resumos dos textos que os compõem.

No plano internacional, estamos interligados à BVS-E Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde-Envelhecimento Brasil), que disponibiliza uma listagem com mais 53 periódicos especializados oriundos principalmente das Américas e Europa.

Ainda não nos é possível estimar o tamanho do universo internacional referente a essas publicações, pois dispomos, ainda, de poucas informações sobre o mundo oriental e também porque consideramos a hipótese de que essa totalidade esteja em processo de expansão.

Para todas as revistas, é possível através do link “Revistas científicas” obter informações sobre o acesso aos formatos convencional ou eletrônico.

UNATI-UERJ INFORMA

(<http://www.unati.uerj.br/informa/informa.htm>)

Trata-se de serviço de alerta bibliográfico eletrônico que divulga gratuitamente informações sobre lançamentos editoriais e serviços disponíveis na UnATI. Seu público-alvo corresponde a grupos de pesquisa, programas de pós-graduação, programas para idosos, serviços de saúde para idosos, familiares e cuidadores, profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores, gestores, autoridades e demais interessados na temática do envelhecimento humano.

O conjunto de informações divulgadas compõe um banco de dados que pode ser consultado no site da UnATI através do link “UnATI-UERJ Informa”. No conjunto das obras divulgadas nesse link, cabe destacar a produção de livros eletrônicos que corresponde a um dos projetos em fase de implantação no CRDE.

Alcançar os lançamentos editoriais nacionais corresponde à ambição maior desse projeto, o que pretendemos implementar em futuro breve.

PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO

Em 2001, o CRDE publicou o primeiro Catálogo de Cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado em Geriatria, Gerontologia ou que contam com produção expressiva abordando temáticas afins ao envelhecimento humano (Prado e Lima, 2001). Foi elaborado em função da acentuada demanda por essas informações trazidas ao CRDE por usuários de diferentes estados brasileiros. Sua construção se deu, primordialmente, a partir da base de dados sobre Teses e Dissertações sobre Envelhecimento, anteriormente descrita.

Para cada Curso de Especialização, Mestrado ou Doutorado há informações que possibilitam acesso à instituição através de serviços de correio, telefone e Internet. Essas informações foram colhidas diretamente das páginas que cada instituição mantém na Internet; alguns dados não disponíveis nesse meio foram buscados por contato telefônico ou por e-mail com a própria instituição.

Identificamos 45 programas de pós-graduação, cujas características mais gerais estão indicadas a seguir:

- Quatro desses programas correspondem exclusivamente a Cursos de Especialização; são cursos vinculados a atividades extensionistas, ou seja, programas especificamente voltados para pessoas idosas, que correspondem ao seu esteio maior.
- Cinco são Cursos de Mestrado, exclusivamente. Estão firmados em áreas diversas como Nutrição, Farmácia, Serviço Social, Psicologia e Sexologia. Em seu interior, foram identificados orientadores que acompanharam a produção de dissertações abordando aspectos da velhice ou do processo de envelhecimento humano.
- Todos os 36 restantes estão inseridos em estruturas de pós-graduação mais complexas, com cursos de mestrado e doutorado integrados e, em muitos casos, com várias opções de formação acadêmica em cada programa.

Em primeiro lugar, é necessário destacar aqueles que formam profissionais em geriatria e/ou gerontologia em ambos os níveis; em alguns casos, contam com cursos de especialização articulados em seu bojo. A Universidade de Campinas, a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande



do Sul e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo oferecem programas com cursos integrados de pós-graduação especificamente voltados para essa área de interesse. A existência dessas iniciativas demonstra o quanto as questões relativas ao envelhecimento e à velhice vêm ganhando corpo institucional no interior da comunidade acadêmica.

Quanto aos demais, correspondem a programas *stricto sensu* voltados para um amplo leque de campos do conhecimento, que vão desde especialidades da Medicina, passando pelas ciências sociais, até as artes. Ai são encontrados orientadores que têm atraído aqueles interessados em desenvolver estudos sobre o envelhecimento, a velhice ou objetos afins.

A natureza multifacética dessa área de estudos parece estar sendo gradativamente objeto de interesse de um vasto conjunto de instituições, indicando não só o crescimento da produção acadêmica nesse campo, mas principalmente a ampliação de enfoques e abordagens, trazendo um enriquecimento qualitativo expressivo, certamente, inimaginável há poucas décadas.

Individualmente, a Universidade de São Paulo (USP) apresenta grande número de programas com ampla abrangência de áreas de formação. A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) apresentam forte produção caracterizada por concentrar-se em alguns orientadores de particular projeção nessa área. A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) também corresponde a um núcleo de intensa produção dentro dessa temática.

Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul podem ser identificados como centros de produção de conhecimento na área do envelhecimento humano e da velhice no Brasil.

Atualmente, encontra-se em andamento a produção de uma versão avançada dessa base que deverá ser oferecida ao público em 2003, com dados mais abrangentes sobre cada programa, com destaque para sua linhas de pesquisa, e disponível através de meios mais elaborados de busca no nosso site.

GRUPOS DE PESQUISA CADASTRADOS NO CNPQ

A partir da Plataforma Lattes - CNPq (<http://www.cnpq.br>), mais especificamente do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, versão 4.1, ano 2000, (<http://lattes.cnpq.br:8888/plataformalattes/index.jsp>) foram realizadas buscas utilizando as palavras-chave: *idoso(a)(s)*, *velho(a)(s)*, *velhice*, *envelhecimento*, *aposentadoria*, *geriatria* e *gerontologia*. Os resultados preliminares possibilitaram a identificação de 151 grupos. Em seguida, realizamos nova pesquisa utilizando a expressão *terceira idade*, o que gerou mais 10 registros, num total de 161 grupos de pesquisa. Finalmente, procedemos a identificação dos grupos, cuja temática não estava dentro do escopo de nosso interesse, ou seja, aqueles que abordavam envelhecimento de produtos químicos, alimentos, vegetais ou traziam nomes como “Porto Velho”, ou palavras como “habildoso”, por exemplo. Dessa forma, foram eliminados 18 grupos. Esses procedimentos possibilitaram a identificação de 144 grupos de pesquisa que, para fins de apresentação, foram organizados segundo a Área Predominante informada pelo(s) respectivo(s) pesquisador(es) líder(es).

É importante destacar que o perfil desses grupos apresenta muitos pontos em comum com as características gerais encontradas para os programas de pós-graduação como: concentração nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro; predominância de universidades públicas, com destaque para as universidades católicas; grande diversidade de áreas do conhecimento predominantes, por exemplo. Sendo duas bases de dados constituídas de formas independentes, tanto no que se refere à instituição de origem, quanto à metodologia de desenvolvimento, tais semelhanças indicam alto nível de qualidade às informações disponibilizadas através do CRDE.

Esse banco de dados foi enviado ao CNPq, que autorizou sua divulgação no site da UnATI, o que já foi implementado, estando portanto disponível para consulta eletrônica. Oferecer informações acerca dos pesquisadores que participam desses grupos corresponde a um próximo passo que pretendemos em breve poder concluir.

LEGISLAÇÃO SOBRE IDOSOS NO BRASIL

(<http://www.unati.uerj.br/legislac/legis.htm>)

A primeira etapa de construção dessa base correspondeu à identificação da legislação federal, estadual e municipal, em âmbito do estado e município do Rio de Janeiro. No segundo momento, desenvolvemos sua organização por temas como, por exemplo, transporte coletivo, atendimento prioritário, isenção tributária, lazer, saúde. Finalmente, o desenvolvimento de formato de apresentação que inclui elementos de identificação de cada ato (lei, decreto, resolução etc.), data de publicação, ementa e o correspondente texto completo.

Os próximos passos abarcam – além da atualização, expansão para outros estados e municípios e da manutenção da base de dados e do correspondente *link* na página eletrônica da UnATI – a utilização de metodologia desenvolvida pela BIREME especificamente voltada para disponibilização desses registros em texto completo na Internet, com recursos mais ampliados de busca, de navegação interna e *links* para instituições e textos conexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desenvolvido no CRDE ao longo desses quatro anos corresponde à etapa de estabelecimento de um escopo mínimo de atuação, qual seja, a constituição de um primeiro conjunto de informações de abrangência nacional e sua disponibilização ao público por meios convencionais e eletrônicos. Os próximos passos consistem da ampliação das bases de dados já estruturadas e do investimento em meios que possibilitem ao usuário agilidade cada vez maior durante os processos de busca no site da UnATI, o que inclui tanto tecnologia de informação quanto conteúdo, particularmente, em texto completo.

Do ponto de vista das articulações com instituições afins, os vínculos de cooperação com a BIREME e com a Unidad de Envejecimiento y Salud-OPS-OMS têm representado a concretização de nossos propósitos de inserção em redes de informação, especialmente, através do projeto Biblioteca Virtual em Saúde – Envelhecimento – Brasil, em suas conexões com países do continente americano.

Os resultados que alcançamos nesse período devem ser considerados no interior de um cenário de forte expansão na oferta de informações eletrônicas, aplaudida por alguns (Masuda, 1996, Lastres, 1999) ou submetida a profundas críticas por outros (Kumar, 1997, Quéau, 1998, Elhajji, 1999 ou Demo, 2000). Reconhecendo o quão inexorável é o caminho do desenvolvimento tecnológico, em especial das tecnologias de informação, entendemos que os projetos implementados no CRDE correspondem a iniciativas marcadas por forte potencial democrático, não só pelo reduzido custo de sua implementação e da gratuidade do acesso ao usuário, mas principalmente pela qualidade da informação oferecida – o que, na Internet, em sua avalanche de dados, muitos dos quais elaborados a partir de critérios no mais das vezes desconhecidos, corresponde a um diferencial merecedor de atenção.

NOTAS

- 1 Nutricionista, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Doutoranda pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenadora de Pesquisa e Coordenadora do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ).
- 2 Socióloga, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Coordenadora do Projeto Teses do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
- 3 Advogada, Coordenadora do Projeto Legislação do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), associada ao Grupo de Profissionais em Informação e Documentação Jurídica do Rio de Janeiro (GID-RJ).
- * Médico de grande capacidade e visão inovadora, que há mais de 25 anos idealizou a criação de um Centro de Excelência em Saúde Coletiva na UERJ. Hoje o Instituto de Medicina Social é constituído por um corpo de docentes e pesquisadores do mais alto gabarito posicionando-se entre as instituições de referência internacional em seu âmbito de atuação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE-ENVELHECIMENTO-BRASIL (BVS-E-Brasil, 2002) Disponível em <<http://www.unati.uerj.br:81>> Acesso em 20 out. 2002.

CACHIONE, Meire, Universidades da Terceira Idade: das origens à experiência brasileira. In: NERI, Anita Liberalesso, DEBERT, Guita Grin (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papyrus, 1999 (Coleção Vivacidade). p. 141-178.

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, FAPESP, 1999.

DEMO, Pedro. Ambivalências da sociedade da informação. *Ci. Inf.*, Brasília, v.29, n.2, maio/ago. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-1965200000200005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 20 agosto 2002.

ELHAJJI, Mohammed. Novas estratégias organizacionais no cenário global. *Ci. Inf.* Brasília, v. 28, n.2, maio/ago. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-1965199900200002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 20 ago. 2002

GROISMAN, Daniel. Velhice e história: perspectivas teóricas. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, UFRJ, v.1, n.10, p.43-56, 1999.

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. *Hist. cienc. saude*. v.9, n.1, p.61-78, jan. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 24 ago. 2002

KUMAR, Krishan. *Da sociedade pós-industrial à pós-moderna*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LASTRES, Helena M. M. Informação e conhecimento na nova ordem mundial. *Ci. Inf.*, Brasília, v.28, n.1, jan. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19651999000100010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 12 ago. 2002

LITERATURA LATINO-AMERICANA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (LILACS). Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>> Acesso em 05 nov. 2002.

MASUDA, Yoneji. *A sociedade da informação como sociedade pós-industrial*. Tradução de Kival Chaves Weber e Angela Melim. Rio de Janeiro: IPEA, Brasília, DF: PNUD, 1996

NERI, Anita Liberalesso, DEBERT, Guita Grin. Apresentação. In: _____. *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papyrus, 1999 (Coleção Vivacidade). p. 7-10.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Unidad de Envejecimiento y Salud. Disponível em <<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/HEE/aging-about.htm>> Acesso em 20 out. 2002

PACKER, Abel et al. SciELO: una metodología para la publicación electrónica. *Acimed*, v. 9, p.9-22, 2001. Suplemento

PRADO, Shirley Donizete , LIMA, Marcelo Alves. *Catálogo brasileiro de cursos de especialização, mestrado e doutorado em geriatria, gerontologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/UERJ, 2001.

PRADO, Shirley Donizete , TAVARES, Elda Lima. *Catálogo brasileiro de dissertações e teses na área do envelhecimento*. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/UERJ, 1999.

QUEAU, Philippe. A revolução da informação: em busca do bem comum. *Ci. Inf. Brasília*, v.27, n.2, 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19651998000200014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 12 Agosto 2002

SISTEMA COOPERATIVO DE ACESSO A DOCUMENTOS (SCAD). Disponível em <<http://www.bireme.br/bvs/P/pscad.htm>> Acesso em 20 out. 2002

VERAS, Renato. Peixoto. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994.

VERAS, Renato Peixoto , CAMARGO JR, Kenneth Rochel. Idosos e universidade: parceria para a qualidade de vida. In: VERAS, Renato Peixoto (org.). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI-UERJ, 1995, p. 11-27

**ABSTRACT**

We present the Reference and Documentation on Aging Center (CRDE), created in March 1999, whose main objectives are the identification, systematization and dissemination of nationwide information on human aging. It belongs to the Research Coordination of the Open University for Studies on the Elderly (UnATI). UnATI is a thematic micro-university program, linked to Rio de Janeiro State University's Culture and Extension Pro-Vice Chancellorship (SR-3/UERJ). The following data, freely available on the Internet, on UnATI/UERJ's homepage, are some initiatives implemented there: (a) CRDE'S technical and scientific collection; (b) bibliographical data bank on Brazilian master's and doctorate's thesis on aging; (c) full versions of articles published in the journal *Textos sobre Envelhecimento*; (d) national and international scientific journals on geriatrics and gerontology; (e) UnATI's publications, including full texts; (f) Brazilian graduation programs with research lines on aging; (g) research groups of the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq, Brazil) and (h) Brazilian legislation on the elderly.

KEYWORDS: aging; information service; electronic publication; scientific communication.

Recebido para publicação em 28/03/2003

Aprovado em 10/04/2003

Correspondência para:

Shirley Donizete Prado

E-mail: pradosd@uerj.com.br



Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência

*Group of orientation in cares in the dementia: experience reports**

Rosimere Ferreira Santana¹

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre o grupo de orientação para familiares de idosos portadores de demência. Objetivamos acolher o familiar; orientar sobre os cuidados prestados ao idoso que demencia e promover um espaço de troca entre os familiares. Utilizamos para tal as técnicas de grupo informativo e de suporte. O grupo conta com a coordenação de duas profissionais, uma Enfermeira e uma Psicóloga, que conduzem as reuniões levando em consideração as experiências dos familiares. São reuniões semanais com duração de uma hora, onde é abordado um tema diferenciado a cada semana, escolhido pelos próprios integrantes do grupo, tais como: perda de peso, higiene corporal / banho, higiene oral, comunicação e depressão. Nas reuniões temos um primeiro momento de conversa sobre o cotidiano vivido naquela semana; em seguida discutimos o tema proposto, sempre realizando levantamentos de como aquele tema é percebido pelos familiares, realizando intervenções a partir do que emerge do grupo; e finalizamos com o fechamento das orientações e a escolha do tema posterior. O processo de como lidar com o idoso demenciado deve ser visto de forma ampla, visando o atendimento às necessidades práticas que o cuidado suscita, como também os sentimentos que este cuidado desencadeia em todos os envolvidos no processo de cuidar de um idoso que demencia.

PALAVRAS-CHAVE: demência; memória; transtornos cognitivos, medicina familiar; cuidadores.

INTRODUÇÃO

Um fator de grande importância na epidemiologia da população idosa é a presença de incapacidades funcionais. Considerando-se o alto índice de doenças crônico-degenerativas nesse segmento populacional,

estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica. Destes 85%, prevê-se que pelo menos 10% possuam no mínimo cinco afecções concomitantes (Ramos, 2002). Desse modo, para melhor avaliar o estado de saúde dos idosos, é preciso deixar de lado o conceito de “estado de saúde” ou “ausência de doenças”, para utilizarmos a capacidade funcional como parâmetro.

Na área de saúde do idoso, a capacidade funcional é o principal indicativo da qualidade de vida do idoso. O desempenho nas atividades da vida diária é parâmetro amplamente aceito e reconhecido, pois permite aos profissionais uma visão mais precisa quanto à gravidade das doenças e suas seqüelas. Os vários tipos de demências surgem então com ocorrência destacada entre as doenças crônico-degenerativas, devido principalmente ao seu alto grau de comprometimento com a incapacidade funcional dos idosos (Ramos, 2002; Diogo & Duarte, 2002).

A ocorrência dos transtornos demenciais aumenta exponencialmente com a idade, dobrando, aproximadamente, a cada 5,1 anos, a partir dos 60 anos de idade. Após os 64 anos de idade a prevalência é de cerca de 5 a 10%, e a incidência anual é de cerca de 1 a 2 %, passando, após os 75 anos de idade, para 15 a 20% e 2 a 4%, respectivamente. De acordo com a literatura, a prevalência das demências muda de 1,4% dos indivíduos entre 65 e 69 anos para 20,8% daqueles entre 85 e 89 anos, chegando a alcançar aproximadamente 38,6% daqueles entre 90 e 95 anos (Machado, 2002; Forlenza & Caramelli, 2000).

A demência é uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais e sintomas que formam um conjunto e que podem ser causados por uma série de doenças subjacentes, relacionadas a perdas neuronais e danos à estrutura cerebral. O padrão central da demência é o prejuízo da memória. Além disso, a síndrome demencial inclui pelo menos um dos seguintes prejuízos cognitivos: afasia (prejuízo na linguagem secundário à ruptura da função cerebral); apraxia (incapacidade de realizar atividades motoras complexas, apesar da capacidade motora intacta); agnosia (falha em reconhecer ou identificar objetos, apesar de funções sensoriais intactas) e perturbação nas funções de execução como planejamento, organização, seqüência e abstração. Cada um desses prejuízos cognitivos gera prejuízo significativo também no funcionamento das capacidades funcionais e soci-

ais, o que representa um declínio significativo em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento (Forlenza & Caramelli, 2000; Busse & Blazer, 1999).

Segundo Groisman (2002, p.2), por tornarem a pessoa progressivamente dependente, os transtornos demenciais podem provocar grande sofrimento tanto para os pacientes quanto para seus familiares, que são obrigados a se reorganizarem para viabilizarem os cuidados à pessoa que adoece e torna-se progressivamente dependente. Muitas vezes, um familiar assume a função de “cuidador, e passa a viver em função dessa nova tarefa”. Outras vezes, contrata-se um profissional para realizar a tarefa do cuidar. Muito discutido nos últimos tempos, o cuidador é o indivíduo que assume os cuidados do idoso no contexto domiciliar e, nesta função, representa o elo entre paciente, família e equipe interprofissional.

Em todo o mundo, a rede de apoio informal composta pela família, rede de amigos e por voluntários é a fonte primária de assistência aos idosos. Nos Estados Unidos calcula-se que pelo menos 80% dos idosos recebem ajuda da família, embora não de modo exclusivo e estima-se que para cada idoso de alta dependência institucionalizado, há dois nas mesmas condições sendo cuidados em família. No Canadá a cifra de idosos que contam com apoio da família atinge 94%. Cerca de um quinto dos idosos dos países desenvolvidos recebe cuidados formais de natureza médica e social. Porém, apenas um terço desses cuidados são fornecidos em instituições, um sinal de que a manutenção dos idosos na comunidade e em suas casas ainda predomina (Neri, 2002).

No Brasil, onde poucas alternativas de apoio formal são oferecidas, o amparo dado pela família e por outros membros da rede informal é de fundamental importância. Dados do IBGE (2000) mostram que a maioria dos idosos permanece em domicílios, sendo os serviços institucionais responsáveis por menos de 10% desta população. Além disso, o domicílio multigeracional cresce a cada ano sendo hoje característica de 54,1% dos domicílios no Brasil. O fato de no Brasil a família ser a grande responsável pelos cuidados ao idoso domiciliado deve-se a uma série de fatores, como a tradição cultural de manter os idosos em casa – como é observado nos países da América Latina, a falta de instituições que aceitem esses idosos e a vantagens políticas e financeiras (Camarano, 2002).



Conforme Groisman (2002) no Brasil há ainda muito pouco esclarecimento quanto às demências e suas formas de tratamento. A falta de informação, tratamento, orientação e suporte aos pacientes e seus cuidadores pode levar a desfechos desfavoráveis, como situações de violência doméstica, citados como cárcere privado, negligência, agressão física e psicológica, abuso financeiro e outros. Outro caminho desfavorável, para esse autor, seria à exclusão precoce das relações sócio-familiares através da internação em instituições.

Portanto, apesar de muitas vezes ser árdua a atividade de cuidar de um idoso que sofre um processo demencial, concordo com Groisman (2002), Neri (2002) e Caldas (2001) que a demência não deve levar necessariamente a um quadro de sofrimento generalizado e que é possível conviver com ela. Principalmente quando possuímos meios para oferecer orientação a esses cuidadores, para que possam desenvolver formas de enfrentamento das dificuldades e desafios que a doença lhes impõe.

Foi durante os atendimentos no ambulatório de enfermagem, enquanto aluna do Curso de Especialização em Psicogeriatria do Centro de Referência para Doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice (CDA), do Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro (IPUB), que pude perceber que havia muito a orientar e ensinar no cuidado ao idoso que demencia e que não seria possível esgotar as dificuldades encontradas em apenas uma consulta. Mesmo as consultas de retorno poderiam resolver os problemas de ordem prática, como úlceras de pressão, cuidados com a higiene e outros, mas sempre permaneciam as queixas do desgaste do cuidador. Eu era também constantemente questionada pelos terapeutas do Centro-Dia² do CDA sobre problemas no cuidado com o idoso demenciado. Decidi, então, propor ao coordenador do Centro-Dia um grupo para familiares e cuidadores que atendesse a demanda de orientação em cuidados ao idoso que sofre um processo demencial. Iniciou-se, então, em março de 2002, o Grupo de Cuidados em Demência, com os familiares e cuidadores de pacientes do nosso Centro-Dia.

Nesse artigo tenho como objetivo relatar a experiência de atendimento em grupo de suporte e informativo prestado ao cuidador informal como um modelo de atenção à saúde do idoso que demencia e sua família, como uma forma de cuidado da enfermeira que atua na especialidade de psicogeriatria.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA DEMÊNCIA

Com objetivo de facilitar a descrição dos cuidados de enfermagem na progressão e curso da síndrome demencial adotei a divisão em fases da doença, por ser a mais conhecida na literatura, são elas: fase inicial, fase intermediária e fase final, ou ainda denominadas de estágios leve, moderada ou avançada. Mas na prática, estas fases ou estágios não são delimitados, os sintomas podem se sobrepor e o tempo de duração de cada fase varia de acordo com cada indivíduo.

A fase inicial se caracteriza por alterações na memória, na percepção visuo-espacial e na linguagem, durando em média dois a quatro anos. A pessoa necessita de supervisão para tomar decisões e fazer planos, torna-se cada vez mais vagarosa ao falar e compreender, perdendo progressivamente a capacidade de manter a atenção, ter iniciativas e fazer cálculos. Sua memória começa a falhar, fazendo com que as informações recentes se percam, assim como progressivamente também as informações antigas. Já nesta fase podem ocorrer situações de pânico, geralmente causadas por lapsos de memória que tornam a pessoa subitamente desorientada. Este estado gera grande angústia e agitação para o idoso que está demenciando e para o familiar. Nesta fase também é freqüente que o idoso fique deprimido, pois percebe que seu estado mental está se deteriorando (Caldas, 2001; Savonitti, 2000; Smeltzer & Bare, 1998).

A assistência de enfermagem no estágio inicial é voltada para o suporte familiar, procurando orientar a família para o entendimento do diagnóstico e prognóstico da patologia, mudanças no comportamento e medidas de controle da ansiedade e agitação, entre outros. Busca-se fazer com que a família possa compreender o que sente e como entende o mundo da pessoa idosa. Nesta fase, pode-se trabalhar com técnicas de orientação para a realidade junto aos pacientes. A reabilitação cognitiva também pode contribuir para retardar o processo demencial (Caldas, 2001; 2001; Savonitti, 2000; Smeltzer & Bare, 1998).

A fase intermediária se caracteriza pelo agravamento dos sintomas intelectuais, surgimento de alterações do comportamento e necessidades de assistência para as atividades de vida diária. Nesta fase, que dura de três a cinco anos, gradativamente se revela o quadro afásico-agnósico-aprático: (a) afasia - perda da capacidade de expressão pela fala escrita ou

sinalização ou da capacidade de compreensão pela palavra escrita ou falada, por lesão cerebral, e sem alterações dos órgãos vocais. (b) agnosia - perda da capacidade de reconhecimento perceptivo-sensorial, isto é, auditivo, visual, tátil etc. perda da capacidade de interpretar o que ouve, vê ou sente. (c) apraxia - incapacidade de executar movimentos apropriados a um determinado fim, sem que haja paralisia. Os atos motores mais complexos ficam prejudicados (Savonitti, 2000, p.423).

Também no estágio intermediário ou moderado, o paciente apresenta sua capacidade de julgamento prejudicada e passa a apresentar comportamento inadequado, aumentando a necessidade de atenção à sua segurança. Para isto, é preciso que o ambiente seja adaptado. Surgem mudanças marcantes no comportamento e a pessoa necessita de estar permanentemente acompanhada. Frequentemente inventa palavras e histórias e começa a não reconhecer as pessoas. Apresenta desorientação espaço-temporal, podendo se perder inclusive em sua casa (Caldas, 2001; Savonitti, 2000; Smeltzer & Bare, 1998).

Muitas vezes, a pessoa apresenta uma afetividade diferente ou diminuída, o que pode entristecer os familiares. Porém, ela mantém uma necessidade de afeto inalterada, ou seja, necessita ser aceita com satisfação, carinhos, afagos, abraços e palavras amáveis de qualquer pessoa, ainda que não a reconheça. Já na fase moderada a pessoa que desempenha o papel de cuidador principal é a âncora do idoso. Sua segurança e sua tranquilidade dependem da percepção que tem da segurança e tranquilidade que o cuidador lhe transmite (Caldas, 2001; Savonitti, 2000; Smeltzer & Bare, 1998).

A assistência de enfermagem nessa fase volta-se para a prevenção de acidentes e métodos de segurança, orientações sobre alimentação, eliminações e medicação, a proteção ambiental, o estabelecimento de rotinas, e o reconhecimento dos códigos de comunicação, verbais ou não (Caldas, 2001).

A última fase, denominada de final, dura em média de um a três anos. O paciente não reconhece os familiares e nem mesmo se reconhece no espelho. Sendo incapaz de se locomover, torna-se totalmente dependente dos cuidados, com incontinência dupla de esfíncteres e comunican-



do-se apenas por meio de grunhidos ou gestos. Sofre de risco aumentado, pela imobilidade, de apresentar pneumonia, úlceras de pressão e desnutrição, perde peso mesmo com dieta adequada (Savonitti, 2000).

A fase final é marcada pela dependência total da pessoa. Há necessidade de assistência de enfermagem permanente devido à perda da atividade psicomotora e a ênfase da assistência recai sobre os cuidados integrais de enfermagem (Caldas, 2001). Além disso, Caldas afirma que *“é necessário que se mantenha o suporte familiar de forma contínua. É importante estar junto com a família que vivencia as perdas progressivas e a iminência da morte, que, embora seja considerada como um descanso para o idoso e para os cuidadores, representa também um momento muito triste por ser uma despedida”* (Caldas, 2001, p.151).

Berger & Mailloux-Poirier (1995) citam a necessidade de uma atenção de enfermagem individualizada, e que no decorrer da progressão da

de enfermagem são fornecidos, muitos pacientes com doenças muito avançadas vivem por períodos prolongados. Calkins et. al. (1992) refere que a assistência de enfermagem sistematizada, priorizando os cuidados com atividades de vida diária e prevenção de incapacidades e complicações, jun-

e implementar as estratégias de resolução dos problemas cotidianos são eficazes. Os grupos de apoio consistem numa intervenção programada com os seguintes objetivos: (a) ajudar e apoiar os membros do grupo a superar os acontecimentos vitais estressantes; (b) fomentar o intercâmbio de informações e (c) ensinar novos procedimentos relacionados com o cuidado, corroborando a experiência dos cuidadores que vivenciam desafios similares.

Segundo Yalom e Vinogradov apud Silveira (2000) o *Grupo de Suporte* se caracteriza por ter um sistema de estrutura horizontal, em que todos têm qualificação para filiação, uma linguagem comum, e em que há intercâmbios educacionais e informativos, testes de realidade, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e liderança maior por parte dos membros. Para Silveira o grupo de cuidadores enquadra-se nestes quesitos por esperar que "*cada participante possa se valer do poder criativo da universalidade grupal – a experiência de que 'não sou só eu que sinto isso' - para que ocorram mudanças efetivas e satisfatórias*" (2000, p.23).

A prevenção do estresse e do esgotamento associado ao cuidado contempla as seguintes possibilidades, que no grupo de cuidados em demência foram todas abordadas: tomar um tempo para cuidar física, intelectual e emocionalmente de si mesmo; dedicar um tempo moderado ao lazer; negociar períodos de folga do cuidado; manter elevada a auto-estima e estabelecer prioridades; focalizar o trabalho de forma positiva, evitando que este interfira e modifique demais a vida privada; compatibilizá-lo com as demandas da família e dos amigos; manter um estilo de vida, uma alimentação saudável e realizar exercícios físicos. No âmbito sócio-emocional recomenda-se trabalhar a discrepância ente as expectativas e os resultados. No âmbito cognitivo recomenda-se investir na informação e no desenvolvimento de habilidades (Neri & Carvalho, 2002).

Algumas propostas psico-educativas têm como prioridade ensinar aos cuidadores estratégias de resolução de problemas. Estas estratégias ajudam resolver problemas e tomar as decisões mais adequadas, além de capacitarem o indivíduo para o reconhecimento da situação problemática. Elas trabalham as tendências à resposta impulsiva ante o estímulo e o desenvolvimento de possibilidade de intervenção ante a situação, o que vai de concordância à proposta do grupo de orientação.

Para Caldas o conceito de enfrentamento baseia-se “na capacidade que o ser humano tem de lidar com os conflitos entre as demandas interiores e as demandas externas” (2001, p.161). Tal é o caso do cuidador que, a despeito de suas necessidades íntimas, é obrigado a enfrentar situações freqüentes de crise, devido à doença de seu familiar. A autora considera a estratégia de enfrentamento de problemas como a mais eficaz no suporte ao cuidador. Segue apontando que a estratégia correlaciona-se positivamente com a autopercepção da saúde física do cuidador. A estratégia de enfrentamento de problemas precisa ser um processo de colaboração entre o cuidador e o enfermeiro, permitindo determinar em que extensão os comportamentos problemáticos podem ser modificados. Caldas descreve que como o comportamento pode variar muito a cada momento, “o papel do enfermeiro é estimular no cuidador a habilidade (jeito), a conduta resolutiva e não apenas oferecer soluções padronizadas a problemas específicos que possam surgir” (2001, p.164).

Portanto, parte das atividades dirigidas ao treinamento e ao acompanhamento de cuidadores profissionais pode ser voltada ao desenvolvimento e à manutenção de estratégias no trabalho e ao desenvolvimento dos mesmos recursos entre os familiares que são alvos de seus cuidados. A dinâmica do grupo propicia ao cuidador uma interação com outros cuidadores, em virtude dos interesses comuns que permitem a coesão entre os participantes assim como uma atmosfera de compreensão, confiança, empatia e expansão da rede social (Neri & Carvalho, 2002).

Freqüentemente, o grupo de apoio proporciona alívio emocional, diminuindo a angústia, a ansiedade e o estresse dos participantes. Ademais, estimula o autocuidado e ressalta a importância da consciência do cuidador que se refere ao diagnóstico de suas necessidades e de seus limites. O grupo de apoio pode também estimular os cuidadores a perceberem seu trabalho com idoso como uma prática gratificante e recompensadora, pois propicia o bem-estar objetivo e subjetivo e contribui para a qualidade de vida dos indivíduos. A combinação destas variáveis pode melhorar a auto-estima do cuidador e o seu senso de auto-eficácia. Assimilar a construção dos aspectos positivos da assistência é primordial para o cuidador, uma vez que os aspectos negativos são freqüentemente os mais enfocados (Neri & Carvalho, 2002).

O grupo motiva o cuidador a desenvolver uma conduta assertiva, que pode ser entendida como a expressão objetiva, afirmativa, direta, honesta e apropriada de sentimentos, pensamentos, desejos e necessidades. As deficiências em assertividade em situações cotidianas da vida, na família, no trabalho e no contexto social mais amplo podem ter conseqüências psicológicas e fisiológicas negativas, podendo gerar situações estressantes para os indivíduos.

Estimular os cuidadores a reconhecer a importância do apoio social formal e informal também contempla o âmbito da ação do grupo de apoio. Neste sentido, é pertinente discutir questões articuladas ao estilo de vida do cuidador e ao desenvolvimento da vida fora dos cuidados. Em última instância, o grupo de apoio ajuda a desenvolver a percepção do cuidador de que este não se encontra solitário e isolado. Existem outros participantes afetados pelos mesmos problemas, os quais manifestam sentimentos de compreensão e aceitação mútua, fortalecendo a idéia de que os grupos de apoio constituem mecanismos viáveis e úteis, à medida que privilegiam as estratégias para modificar contextos problemáticos e buscam a integridade física e psíquica dos cuidadores de idosos. O grupo de apoio revela que a melhor política de prevenção e tratamento é assistir, gratificar e ajudar o provedor de cuidados (Neri & Carvalho, 2002; Silveira, 2000).

Caldas (2000) comprovou que é fundamental para a atenção ao idoso que seus familiares sejam vistos nas suas singularidades. É como singulares que precisam ser ouvidos, suas necessidades detectadas e a partir deste diagnóstico receber cuidados. Os cuidados a serem prestados aos familiares dos idosos em processo demencial não devem se restringir a apenas transmitir informações sobre a doença e dar orientações padronizadas. É preciso que os profissionais da saúde compreendam que o fato de os cuidadores cumprirem as prescrições e orientações não significa que as necessidades do idoso estejam plenamente atendidas. O ideal é que tais pessoas participem das decisões sobre os rumos da assistência ao idoso, sabendo que contarão com o suporte técnico.

Acredito que pelo grupo esses pressupostos podem estar garantidos aos cuidadores. O que os cuidadores familiares revelam é que mais do que compreensão precisam de apoio estratégico e institucional, pois suas



necessidades não são apenas de ordem emocional, são necessidades objetivas e subjetivas, como a de poder contar com estruturas confiáveis para acompanhar o seu familiar idoso e atender a eles próprios, que se esgotam e necessitam de atenção.

A solução seria a existência de estruturas sociais e institucionais para apoiar o cuidado ao seu familiar idoso. Um cuidador que recebe apoio adequado busca aprender e descobrir novas estratégias para lidar com o seu ente querido, reduzindo os desencontros entre as necessidades de ambos. Com isso, é possível que aprenda a fazer ajustes no seu cotidiano e não anule as suas próprias possibilidades de continuar a ter uma vida própria (Caldas, 2000).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: GRUPO DE ORIENTAÇÃO EM CUIDADOS NA DEMÊNCIA

Inicialmente realizamos reuniões para discutir a proposta do grupo, selecionando os temas desejados, como também sua forma e estrutura. Finalizamos com a construção de um contrato do grupo, com destaque para o sigilo das informações entre os participantes do grupo e a liberdade de expressão dos participantes (Munari & Rodrigues, 1997).

No início a coordenação do grupo era exclusivamente sob minha responsabilidade, sendo que posteriormente ele foi "presenteado" com uma Psicóloga. Foi então possível concretizar a idéia de um trabalho interdisciplinar, comprometido com a atenção integral à saúde do idoso. Com a entrada da Psicóloga, um "novo olhar" se criou e foi possível acolhermos e ao mesmo tempo educarmos, seguindo a linha do apoio e suporte, a de promoção do bem-estar do cuidador.

O grupo contava com sete cuidadores familiares e dois cuidadores formais. Mantivemos reuniões semanais com duração de uma hora. A cada dia discutimos um tema previamente selecionado pelos integrantes do grupo. No início da reunião conversávamos sobre como foi a semana e depois passávamos para o tema específico. Cada um relatava sua experiência, dificuldades e facilidades sobre o assunto e conforme surgiam as questões discutíamos quais as possibilidades de intervenção no cuidado.

Os principais temas solicitados foram: o banho, a incontinência urinária, a alimentação, a medicação, a agressividade e agitação, as quedas, a adaptação do ambiente, o vestuário, a perda de peso, o lazer, as fases da doença, a sexualidade, dor no idoso, Hipertensão e Acidente Vascular Cerebral, Parkinson, sono e repouso, Depressão, Diabetes, dependência do idoso pelo cuidador, hidratação, cuidados com a pele, higiene oral e comunicação com o idoso.

UM EXEMPLO CLÁSSICO: O BANHO³

Este sempre foi, de longe, o tema mais polêmico e envolvente. Em reuniões sobre outros assuntos, o “problema do banho” sempre era retomado. O ato de tomar banho é definido no dicionário Aurélio como a “imersão total ou parcial do corpo em líquido para fins higiênicos ou terapêuticos”. Entretanto, ele é muito mais do que isso. O banho suscita no mínimo três domínios de habilidades e atividades do cuidador: (1) sexualidade e intimidade, (2) questões relativas à dependência, e (3) desgaste do cuidador. Sendo descrita por vários autores (Neri & Carvalho, 2002; Savonitti, 2000) como a atividade mais complexa e de maior desgaste encontrada nas pesquisas com cuidadores.

O Banho é uma queixa constante de maus tratos e de negligência ao idoso, assim como também é para o cuidador a atividade mais desgastante e complexa. Como de costume, passei a palavra para que cada um relatasse como realizava a tarefa e quais as facilidades e dificuldades que encontravam.

O primeiro cuidador descreve a enorme dificuldade que tem em dar o banho na esposa. Ela não o “obedece”, e ele não entende por que quando é a sua sobrinha quem dá o banho ela “resolve obedecer”. Pergunto se a sobrinha realiza toda tarefa, e o mesmo conta que sim, dizendo que “com o jeito feminino ela executa a tarefa do banho para a paciente”. O mesmo continua justificando tal atitude pelo fato de ser homem, o que acaba dificultando no auxílio da higiene, pois essa é uma atividade “para mulheres”. Que para ele é muito difícil realizar tal tarefa, principalmente a higiene íntima. Cita que é difícil para ele que nunca se viu nesta situação. Outro empecilho colocado é que a esposa às vezes o chama de “pai”, e

isso piora o pudor dela em relação a ele; que tirar a roupa para o banho é seguido às vezes de gritos. Refere também que sua esposa nunca usou desodorantes e cremes, e por isso não os oferece.

- Outro integrante conta que a idosa que se encontra sob seus cuidados vem apresentando resistência para se encaminhar ao banho, dizendo sempre “já tomei banho hoje na casa da minha mãe”; fala também que quer ir embora para a casa da mãe, esta já falecida há vinte anos. Este cuidador refere ser chamado de pai e outros participantes do grupo dizem que isso acontece frequentemente. Conta, ainda, que às vezes usa da força para levá-la ao banho ou mesmo a deixa ficar sem tomar banho por até dois dias.
- Já outro familiar conta que segue uma rotina com sua paciente, de dar o banho antes do almoço. Supervisiona o banho porque a paciente esquece a seqüência e não realiza todas as etapas. Diz que não convida a paciente para tomar banho, simplesmente a leva e realiza a tarefa; refere que também é chamada de mãe.
- Outro relato de uma cuidadora conta que outro paciente toma banho rápido e às vezes esquece que já tomou banho e toma de novo, ou por vezes ocorre o contrário, ele não tomou banho, e diz ter tomado, sendo necessário a supervisão indireta nos cuidados. Também conta de um episódio em que ele foi para o banheiro, ligou o chuveiro, mas não tomou banho, e que ela só percebeu por que entrou no banheiro naquele instante.
- Em outro exemplo uma familiar descreve que é rotina o banho pela manhã, e que seu parente, sempre vaidoso, não apresenta resistência para a ajuda nos cuidados pessoais. Ajuda na barba e as roupas sempre são escolhidas por elas.
- Porém outra familiar relata que seu idoso realiza o banho sozinho, e nunca observou como ele acontece. Fica surpreendida em saber que ele pode somente ligar o chuveiro e não tomar o banho.

A fala dos dois primeiros cuidadores deixou o grupo mobilizado e cheio de sussurros. Uma cuidadora se prontificou a ajudar, e cada um de sua forma falou como poderia fazer para facilitar: estabelecer um horário de rotina para o banho; não utilizar o termo banho quando houver resis-

tência; levar o paciente ao banho com comandos verbais simples e curtos; auxiliar na retirada e colocação da vestimenta de forma tranqüila uma peça de cada vez; medidas de proteção do ambiente, tapetes antiderrapantes, cadeira de apoio para o cuidador e familiar. Orientei sobre produtos higiênicos (sabonete neutro, creme hidratante, uso de desodorante) e sobre a preservação da intimidade e sexualidade.

Decidimos, também, programar uma consulta individual para cada um desses cuidadores. Para um dos integrantes convidamos seu filho, que mora com o casal e solicitamos uma colaboração maior nos cuidados com a mãe, houve êxito na intervenção. No outro caso, várias iniciativas foram tomadas; oferecemos produtos de higiene corporal e oral e convidei-o para participar da oficina de cuidados pessoais⁴ juntamente com a paciente, onde realizamos o cuidado juntos. Após algumas participações, concluímos que sua dificuldade nos cuidados íntimos era muito mais psicológica, relacionada à questão da intimidade e pudor pessoal em relação aos cuidados prestados. Hoje este familiar conta com uma cuidadora formal que realiza a tarefa do banho e o mesmo recebe ajuda psicológica individual para enfrentar quadros de doença psicossomática, lidar com a doença, e de ser cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrevendo este artigo, que é parte da minha monografia de conclusão do curso de especialização em psicogeriatría, e reavaliando a atividade grupal prestada, pude perceber claramente como de alguma forma, ou várias formas, auxiliamos essas pessoas a dar continuidade à difícil tarefa de cuidar dos idosos com demência. Acredito ter com este trabalho proporcionado uma discussão acerca da importância de orientar esses cuidadores para o enfrentamento de problemas, com o objetivo de favorecer o seu bem-estar e dos seus pacientes.

Avalio também ser importante reservar um espaço no grupo para os participantes falarem como foi a semana, e por vezes trazer assuntos mais amenos (uma participante sugeriu que pudéssemos promover passeios e lanches) alternando como os temas a serem discutidos. Promover entrevistas individuais para novos integrantes do grupo é importante, para

avaliarmos a demanda do cuidador, e evitar que seja levada para o grupo todo a carga de quem está chegando, funcionando como um acolhimento inicial.

Contudo não devemos esquecer que embora a piedade, a reciprocidade, e a solidariedade sejam valores profundamente arraigados, as maneiras de realizar tais valores podem diferir no tempo e entre indivíduos e grupos sociais. As histórias profissionais, familiares, pessoais e de relacionamento, bem como fatores de personalidade dos cuidadores e dos idosos, interferem na qualidade do cuidado e no seu impacto sobre o bem-estar dos cuidadores e idosos.

Por estes e outros motivos, devemos trabalhar em equipe interprofissional, para abranger todas as possibilidades de tratamento destas pessoas. A Psicóloga muitas vezes me auxiliou a rever os casos e a encaminhá-los a outros setores do CDA, ou mesmo a perceber que havia necessidade de um atendimento individual. Nossa visão se mesclava, ultrapassando as fronteiras entre o ensino objetivo dos cuidados e a ajuda subjetiva.

Concordo com Neri & Carvalho (2002), que consideram importante que os planejadores de políticas sociais, educacionais e de saúde tenham uma reflexão sobre os riscos inerentes a considerar o cuidado somente em termos negativos e a promover a vitimização pura e simples do cuidador. Agindo dessa forma, haverá pouco espaço para discutir formas positivas de reconhecer os problemas e as soluções criativas geradas no contato cotidiano dos familiares e dos profissionais com o velho e o cuidado.

Caldas (2001) cita que a família precisa receber atenção específica dos profissionais da saúde. E lidar com essa clientela exige um conhecimento que inclui aspectos teóricos e metodológicos da forma de abordá-la, levando em conta sua estrutura e sua dinâmica própria. O cuidar da pessoa idosa que demencia envolve procedimentos senão complexos, ao menos específicos, e para que o cuidador leigo possa desenvolvê-los, mesmo nos aspectos mais básicos, necessita de um treinamento demarcado e acompanhamento individualizado.

Concluo, portanto, que o Grupo de Orientação em Cuidados na Demência deve ser uma das assistências prestada na demência, juntamente com toda a rede de assistência em ambulatório, Centro-Dia, atendimento psicoterápico, atendimento domiciliário e até mesmo o de internação permanente. Essa deve ser uma discussão em pauta da política de atenção ao idoso.

NOTAS

- * O presente artigo faz parte da Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Psicogeriatría sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como norma para aprovação do Título de Especialista
Foram obtidos o termo de esclarecimento e livre consentimento dos participantes do grupo.
- 1 Enfermeira, especialista em Psicogeriatría pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
- 2 Modelo de assistência que objetiva criar uma estrutura de suporte diurno para o paciente com demência, procurando melhorar a sua qualidade de vida e mantê-lo integrado à sua família e à comunidade (Groisman, 2002).
- 3 As histórias apresentadas fazem parte de um exemplo vivido durante várias reuniões e a seqüência dos fatos são apenas ilustrativas, a fim de garantir o anonimato dos sujeitos.
- 4 Oficina realizada com idoso que sofrem um processo demencial com objetivo de estimular o cuidado pessoal e promover à auto estima, nomeada pelo grupo como Oficina da Beleza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGER, L. M.; MAILLOUX-POIRIER, M. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 579 p.
- BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. *Psiquiatria geriátrica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 481 p.
- CALDAS, C. P. Cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência numa perspectiva existencial. In: GUERREIRO, T.; CALDAS, C. P. *Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado*. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. 212 p.
- CALDAS, C. P. *O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial*. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CALKINS, E.; FORD, A. B.; KARZ, P. R. *Psychogeriatric care in the community*. Public Health in Europe. Gênova, n.10, 1992.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000. 58-71 p.

DIOGO, M. J. D'E; DUARTE, Y.A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 762-767 p.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000. 687 p.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O Cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 757-761.

GROISMAN, D. *Oficinas terapêuticas para idosos com demência*. Rio de Janeiro: IPUB, 2002. (No Prelo).

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A condição do idoso no domicílio. In: *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro, 2002. 58 p.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.133-147.

MUNARI, D. B.; RODRIGUES, A. R. F. *Enfermagem e grupos*. Goiânia: AB, 1997. 114 p.

NERI, A. L. (ORG.) *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea, 2002. 201p.

NERI, A. L.; CARVALHO, V.A. M. L. O Bem- Estar do Cuidador Aspectos Psicossociais. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778-789.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000. p. 72-78

SANTANA, R. F. *Grupo de Orientação em Cuidados na Demência*. Monografia de conclusão de Curso de Especialização em Psicogeriatria do IPUB/UFRJ. Mimeo, 2003.

SAVONITTI, B. H. R. A. Cuidando do idoso com demência. In: DUARTE, Y.A. O.; DIOGO, M. J. D'E. *Atendimento domiciliar: um enfoque Gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. 421-438 p.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SILVEIRA, T. M. O Sistema Familiar e os Cuidados com Pacientes Idosos Portadores de Distúrbios Cognitivos. *Textos sobre Envelhecimento* UnATI/UERJ. Rio de Janeiro, ano 3, n. 4, p. 13-18, 2º semestre 2000

AGRADECIMENTOS

1. A Cristiane, companheira neste trabalho, que compartilhou momentos de tanta dedicação aos cuidadores, sem o qual não seria possível este artigo.
2. A Daniel Groisman, orientador do trabalho teórico e prático, o que avalio como um diferencial imensurável.
3. A professora Célia Caldas, a quem o destino me reservou o prazer de aprender ao seu lado.

ABSTRACT

This work is about an experience story on the group of orientation for familiar of elderly carriers of dementia. We objectify to receive the familiar one; to guide on the cares given to elderly that carriers dementia and to promote a chance for exchanging experiences between the familiar ones. We use for such the techniques of informative group and support. The project has on its coordination two professionals, a Nurse and a Psychologist who lead the meetings leading in consideration the experiences that the familiar ones bring. There are weekly meetings with duration of one hour, where a different subject is discussed each week which is chosen by the people of the group, such as: loss of weight, body hygiene, oral hygiene, communication and depression. During the meetings we have a first moment when we talk about the daily happenings lived in that week; after that we argue the considered subject, always carrying through survey of as that subject is perceived by the familiar ones carrying through interventions from that it emerges of the group; and we finish giving of the orientation and making the choice of the posterior subject. The process of as to deal with the elderly carrier of dementia must be seen widely, aiming at the attendance the practical necessities that the care needs, as also the feelings that this care unchains in all the involved ones in the process to take care of elderly carrier of dementia.

KEYWORDS: dementia; memory; cognition disorderes; family practice; caregivers.

Recebido para publicação em 18/05/2003

Aprovado em 1/06/2003

Correspondência para:

Rosimere Ferreira Santana

Rua General Polidoro, 171, aptº 306 – Rio de Janeiro, RJ, CEP 22280-002

E-mail: rose79@uol.com.br

*Uma reflexão sobre a formação de recursos humanos
para atuação em programas de preparação para apo-
sentadoria em comunidades*

*A reflection on human resources formation for retirement preparation
programs in communities*

Shirley Donizete Prado*

*Repensando aposentadoria com qualidade: um manual para facilitadores
de programas de educação para aposentadoria em comunidades*

França, Lucia Helena

Publicação eletrônica disponível em : <http://www.unati.uerj.br/pdf/ppat.pdf>

Olhar para a velhice como a etapa de decadência, decrepitude e pobreza ou como o período de realizações possibilitadas pelo fim das obrigações para com o mundo do trabalho. Duas abordagens excludentes que encontramos com frequência em publicações, inclusive acadêmicas, quando está em pauta o processo de envelhecimento. Problematizar esses modelos é uma necessidade que vem sendo percebida e desenvolvida por estudiosos que se dedicam à temática da velhice no Brasil. Nessa perspectiva situa-se Lucia França.

Ao desenvolver um manual com vistas à formação de recursos humanos para atuar no campo da preparação para aposentadoria em comunidades, a autora também nos traz um conjunto de reflexões que propiciam leitura mais complexa acerca da passagem da “idade produtiva” para a “vida de aposentado”. Em sua ampla experiência com desenvolvimento de programas de preparação para aposentadoria, Lucia França constrói uma perspectiva mais integradora para a velhice nesse livro.

Ao propor que sejam discutidas tanto questões de natureza mais coletivas, como aquelas que dizem respeito a cada indivíduo, a autora nos conduz para o mundo dos consensos, dos conflitos e das contradições que marcam o cotidiano da vida humana. Assim, para aqueles que têm interesse por temáticas afins da preparação para a aposentadoria, esse livro não apresenta fórmulas prontas; ele nos coloca situações para reflexão e sugere alternativas para discussão. Ou nas palavras da autora:

O PPA deverá ser pautado numa ponte dinâmica de discussão e de avaliação à luz dos fatos, dos riscos e das expectativas que os participantes queiram atingir no futuro. Sendo assim, a preparação deve ser organizada como um processo educativo, contínuo e relacionado a um planejamento de vida. (França, 1999, p.25).

A partir dessas perspectivas, o livro está estruturado em duas partes principais. A primeira resume alguns dados demográficos e aspectos a serem considerados num planejamento para a aposentadoria; são apresentadas, ainda, análises de fatores de risco e de suporte que facilitam a adaptação a essa nova fase: a aposentadoria. A segunda parte apresenta algumas sugestões de metodologia que têm como objetivo a qualidade de vida daqueles que irão aposentar-se, buscando estimular a integração de diversos setores da sociedade na implantação do Programa de Preparação para Aposentadoria.

NOTAS

- * Nutricionista, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Doutoranda pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Coordenadora de Pesquisa e Coordenadora do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Recebido em 28/03/03
Aprovado em 10/04/03



UnATI
UERJ

