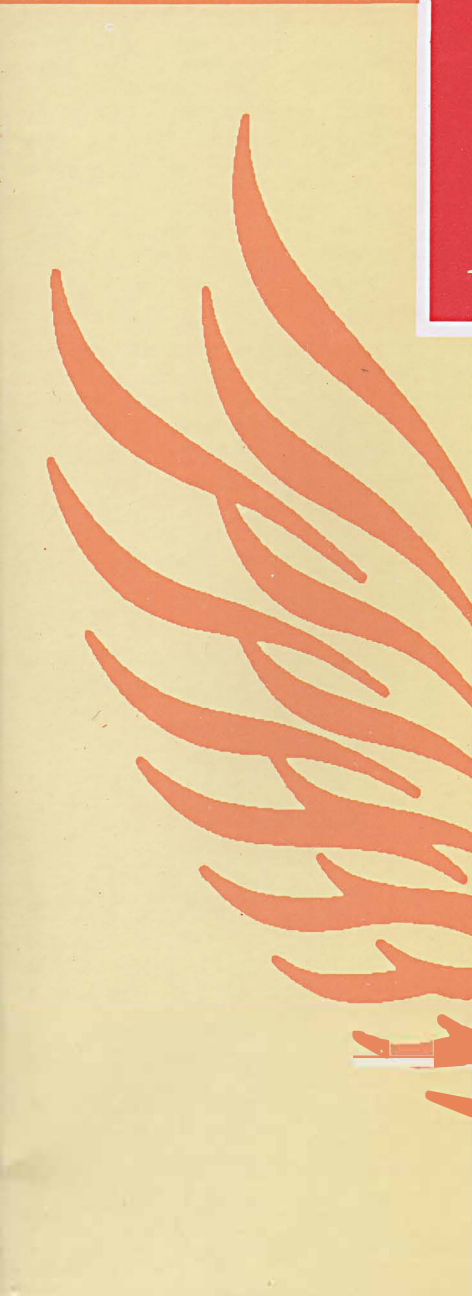




ISSN 1517-5928



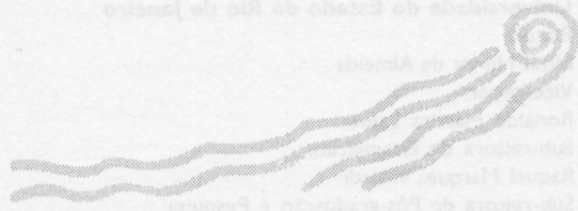
*Textos sobre
Envelhecimento*



volume 7

nº1

UnATI/UERJ



Textos sobre Envelhecimento



Rio de Janeiro
CRDE/UnATI/SR-3/UERJ
VOLUME 7 - NÚMERO 1
2004



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitor:

Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor:

Ronaldo Martins Lauria

Sub-reitora de Graduação:

Raquel Marques Villardi

Sub-reitora de Pós-graduação e Pesquisa:

Albanita Viana de Oliveira

Sub-reitora de Extensão e Cultura:

Maria Georgina Muniz Washington

Universidade Aberta da Terceira Idade

Direção:

Renato Peixoto Veras

Vice-direção:

Célia Pereira Caldas

Comunicação:

Marcos Fernando Martins Teodoro

Extensão:

Sandra Rabello de Frias

Saúde:

NAI – Luciana Branco da Motta

CIPI – Roberto Lourenço

Centro de Convivência:

Pedagoga - Célia Maria de Souza Sanches

Eventos - Leila Pereira dos Santos Jordão

Centro de Referência e Documentação:

Célia Pereira Caldas

Ensino:

Curso de Especialização – Roberto Lourenço

Residência – Luciana Branco da Motta

Seminários de Gerontologia – Benigno Sobral

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.

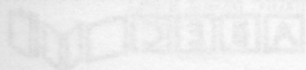
CDU 612.67(05)

CRDE/UnATI/SR-3/UERJ

Projeto Gráfico e Capa: Carlota Rios – **Diagramação:** Ramon Carlos de Moraes

Revisão: Maria Aparecida Cardoso Santos – **Impressão:** Gráfica UERJ

Textos sobre Envelhecimento



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

A revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998, reúne produção científica neste âmbito de conhecimento, tendo como objetivos primordiais subsidiar discussões e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. É uma produção do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UnATI-UERJ.

Toda correspondência deve ser encaminhada à revista no seguinte endereço:

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Universidade Aberta da Terceira Idade

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

Assinatura: anual em qualquer época do ano.

Aceita-se permuta.

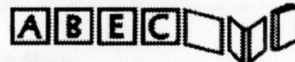
Tiragem: 500 exemplares

Indexação

Latindex – Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espana y Portugal.

Edubase (Faculdade de Educação – Unicamp – São Paulo, Brasil)

Textos sobre Envelhecimento é Associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos





SUMÁRIO/CONTENTS

EDITORIAL / EDITORIAL

- ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA
BRASILEIRA ACERCA DO ENVELHECIMENTO 7
Some reflections on the Brazilian scientific
production on ageing.
Shirley Donizete Prado

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- SEGURANÇA NOTRÂNSITO PARA OS MOTORISTAS
IDOSOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS 9
Traffic Safety to older drivers: challenges and perspectives
Rogéria Motta de Sant'Anna
Marilita Gnecco de Camargo Braga
- TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO NO BRASIL 37
Theses and dissertations on aging in Brazil
Shirley Donizete Prado
Jane Dutra Sayd
- VELHICES: ESTUDO COMPARATIVO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ENTRE IDOSOS DE
GRUPOS DE CONVIVÊNCIA. 57
Aging: comparative study of the social
representations between associations of elderly
Ludgleydson Fernandes de Araújo
Virginia Ângela M. de Lucena e Carvalho
- A HOMEOPATIA NO UNIVERSO DO ENVELHECIMENTO 77
Homeopathy in the Universe of Ageing
Renan dos Santos
- ### ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE
- AVALIAÇÃO DA DOR EM IDOSOS COM DOENÇA
DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 89
Pain assessment in elderly with Alzheimer's disease: a review
Ana Cristina Costa Augusto
Cristina Pazzini da Silva Soares
Marcos Antonio Resende
Leani Souza Máximo Pereira

RELATOS DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORTS

- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NO IDOSO:**
RELATO DE CASO 105
Chronic obstructive pulmonary disease in elder: case report
Luciana Carnevalli Pereira
Elisabeth Frohlich Mercadante

RESENHAS / REVIEWS

- EXPANDINDO O CAMPUS EM PRÁTICAS DE SAÚDE ATRAVÉS**
DE UM COMPÊNDIO DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA IDOSOS 123
Expanding the campus' health practices through a
collection of educational practices for the elderly
Maria Claudia Carvalho

TESES E DISSERTAÇÕES / THESIS AND DISSERTATIONS 127**ORIENTAÇÃO AOS AUTORES / GUIDELINES FOR AUTHORS** 135



Algumas reflexões sobre a produção científica brasileira acerca do envelhecimento

Some reflections on the Brazilian scientific production on ageing

Antes de mais nada, temos o prazer de comunicar que nosso periódico *Textos sobre Envelhecimento* encontra-se já indexado em bases de alcance internacional, quais sejam: Catálogo **Latindex** - Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal e na **Edubase** (Faculdade de Educação/Unicamp-São Paulo)

Também gostaríamos de registrar que vem crescendo, de forma intensa, o número de artigos apresentados com vistas à publicação. O que é fundamental para que possamos continuar conquistando novas inserções em bases indexadoras de maior prestígio nos meios científicos. Esse incremento que visualizamos em nosso periódico nos remete ao cenário nacional, onde o crescimento quantitativo de publicações sobre envelhecimento também tem se mostrado bastante significativo.

Estudos¹ desenvolvidos nesse campo trazem resultados instigantes, alguns dos quais tomamos aqui como exemplo. Até fins de 2002 havia registros de quase mil dissertações e teses concluídas no Brasil no campo do envelhecimento, a maciça maioria a partir dos anos 1980. A produção científica sobre saúde e envelhecimento segue padrão semelhante. Em 2000 havia 144 grupos de pesquisa cadastrados no CNPq que contavam com pelos menos uma linha de pesquisa relativa ao envelhecimento, chegando a 210 grupos em 2002; destes, encontram-se especificamente voltados para o campo geronto-geriátrico quase a metade. Trata-se, de fato, de um interesse cada vez mais crescente por parte da comunidade acadêmica no que se refere aos idosos, à velhice e ao processo de envelhecimento.



Mas esse crescente interesse deve ser relativizado, considerando também aspectos qualitativos desse fenômeno. Indicadores construídos a partir de dados provenientes do próprio Diretório do CNPq, quando calculados para os *grupos que se voltam especificamente para a temática do envelhecimento*, nos dão conta de que essa força de trabalho é pouco dinâmica, ou seja, que esses pesquisadores carecem de maior qualificação acadêmica havendo poucos estudantes sob sua orientação; informam-nos também que a *consolidação* desses grupos específicos de pesquisa está a exigir uma longa caminhada, bem maior que aquela que ainda têm pela frente campos já bastante reconhecidos como a epidemiologia, por exemplo. Esse pontual registro encontra-se em acordo com discussões que constam da literatura, acerca da qualidade da pesquisa gerontológica brasileira: vários autores² vêm apontando que essa produção, que se pretende científica, encontra-se, em vários momentos, carente de fundamentação teórica sólida, de discussões conceituais convincentes, de procedimentos metodológicos bem respaldados e adequados aos propósitos dos estudos implementados, de referências bibliográficas mais atuais.

Pois é exatamente com o intuito de contribuir para a superação desses limites que nosso Comitê Editorial tem adotado a política de tornar mais e mais exigentes os critérios para avaliação dos artigos que vêm sendo submetidos aos nossos consultores – colaboradores aos quais devemos sempre agradecimentos e reconhecimento profundo posto que a qualidade que vimos conquistando é consequência de sua presteza e seriedade acadêmica, inclusive por meio de contribuições espontâneas, o que muito nos honra.

Shirley Donizete Prado
Editora

¹ PRADO, Shirley Donizete e SAYD, Jane Dutra. A pesquisa sobre envelhecimento no Brasil. (Projeto de tese de doutorado apresentado ao IMS-UERJ em agosto de 2003). PRADO, Shirley Donizete e SAYD, Jane Dutra. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. *Ciência Saúde Coletiva*. [online], ISSN 1413-8123, 2004, v. 9, n. 1, p. 57-67, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 2004.

² GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. [online], ISSN 0104-5970, v. 9, n. 1, p. 61-78, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.. Acesso em 2004.

GUIMARÃES, Renato Maia. O processo de envelhecimento como campo de investigação. *Gerontologia*, v. V, n. 1, p. 18-19, 1997.

Segurança no trânsito para os motoristas idosos: desafios e perspectivas

Traffic Safety to older drivers: challenges and perspectives

Rogéria Motta de Sant'Anna ¹

Marilita Gnecco de Camargo Braga ²

Marcio Peixoto de Sequeira Santos ³

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar possíveis riscos na condução de veículos por motoristas idosos. São analisados dados referentes à realidade brasileira, aspectos relacionados com os riscos incorridos pela população idosa no trânsito e processo de envelhecimento. Aborda também um panorama das pesquisas sobre o desempenho de motoristas idosos, incluindo a evolução dessas pesquisas nos últimos quarenta anos, bem como dados relevantes associados a riscos específicos dos motoristas idosos.

PALAVRAS-CHAVE: idoso; automóveis; segurança; acidentes de trânsito; medição de risco; formulação de políticas.

INTRODUÇÃO

É expressivo o crescimento da população mundial acima dos 60 anos. A Organização das Nações Unidas considera o período de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento. Este fenômeno de transição demográfica se caracteriza pela passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, onde predomina a população jovem em franca expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade. O mundo está envelhecendo rapidamente, principalmente nos países em desenvolvimento, onde vive a maioria dos idosos em números absolutos.

No Brasil, o contingente de idosos já ultrapassa a soma dos 14 milhões, ou seja, 8,7% da população. É o grupo etário que mais cresce



proporcionalmente. No entanto, existem graves questões que precisam ser resolvidas para que esse envelhecimento se dê de forma saudável. Os recursos necessários para responder às demandas deste contingente são precários e a sociedade brasileira penaliza-o com a falta de recursos comunitários e institucionais para atendê-lo em suas necessidades básicas de saúde, de segurança e de apoio. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001a) aponta para a urgência de ações integradas que possibilitem melhorar a qualidade de vida daqueles que envelhecem. Essa abordagem enfatiza o conceito de Envelhecimento Ativo adotado a partir das pesquisas de Rowe e Kahn (1987). Esse conceito identifica o envelhecimento como um “processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”.

O Brasil como um país membro da OMS está iniciando um movimento que garanta esse envelhecimento ativo, dando ênfase especial à qualidade de vida para que o idoso mantenha o maior número de anos possíveis com autonomia e inclusão social. Atualmente, existe um incentivo à vida saudável, com exercícios físicos, alimentação adequada, menos estresse, ênfase em ações preventivas (por exemplo, as vacinas). Viver mais, mas com qualidade de vida. Nesse sentido, cresce o esforço do poder público e de organizações da sociedade civil para inserir os idosos de forma qualificada, como cidadão que necessita de um justo reconhecimento de seu status nessa nova realidade. Isto faz com que a associação entre envelhecimento e qualidade de vida seja um tema fundamental na agenda política e social brasileira (Veras, 2002).

Neste contexto, o conceito de segurança no trânsito e suas implicações para a manutenção da mobilidade das pessoas idosas é um tema emergente. Num modelo de transporte onde a mobilidade está associada à posse e ao uso do carro, essa relação entre envelhecimento, segurança no trânsito e perda da mobilidade é de crucial importância. Diversas pesquisas indicam que a redução na mobilidade leva à diminuição da interação social e, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida (Metz, 2000; Alsnih & Hensher, 2003; Banister & Bowling 2004).

No caso brasileiro, a participação no trânsito dos motoristas com idade acima de 60 anos está crescendo de forma acelerada. O subgrupo



etário predominante é o de 65 a 74 anos, que apresenta maior exposição ao risco, pois concentra o maior número de motoristas ativos com padrão de viagens pendulares, característico de pessoas ativas, muitas delas inseridas no mercado de trabalho (em alguns casos, informal). Além disso, a proporção da população com 80 anos ou mais também está aumentando, alterando a composição etária dentro da própria população idosa. O resultado são motoristas idosos, cada vez mais idosos. Embora esse padrão possa ser mundial, nos países em desenvolvimento ele assume proporções ainda mais graves devido, principalmente, ao sistema de transporte público pouco eficiente.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar um panorama das pesquisas sobre esse tema no Brasil e no mundo, visando a ampliar as possibilidades de compreensão dos possíveis riscos na condução de veículos por motoristas idosos. Serão abordadas questões sobre o desempenho dos motoristas idosos, incluindo aspectos específicos dos riscos na terceira idade e um panorama das pesquisas realizadas nos últimos quarenta anos.

MOTORISTAS IDOSOS NO BRASIL

No Brasil, observa-se uma grande dificuldade na obtenção de um perfil estatístico de acidentes de trânsito da terceira idade. Geralmente os dados não incluem faixa etária e quando incluem não especificam os subgrupos etários ou se os dados são referentes a motoristas, acompanhantes ou pedestres. Considerando essa limitação entende-se que as notificações existentes são pouco consistentes e não permitem informações conclusivas sobre a magnitude do problema. Os dados disponíveis estão presentes nas produções científicas, cuja fonte principal de informações é o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da Fundação Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde, e dados oriundos das secretarias municipais de saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2001), no conjunto de causas externas, os acidentes de transporte são responsáveis por 30% dos eventos (mortes e ferimentos). Dentre os grupos vulneráveis, o documento destaca a população idosa, principalmente nas áreas urbanas. Pes-

quisa realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/CLAVES (2002), da Fundação Oswaldo Cruz, mostra que, no conjunto de mortalidade por causas externas específicas em idosos no Brasil nos anos de 1980 e 1998 (nas capitais de regiões metropolitanas), os acidentes de trânsito/ e transportes (33,2%), e as quedas (13,7%), também associadas com o ambiente viário (por exemplo, as calçadas irregulares), ocupam os dois primeiros lugares. Ressalta-se o declínio dos acidentes de trânsito e transporte em 1998. Tal fato pode estar relacionado com a implementação do Código de Trânsito Brasileiro, em 1997.

Dados do Ministério da Saúde mostram que, no Distrito Federal, a taxa de mortalidade por causas externas (incluindo acidentes de trânsito) no grupo etário de 60 anos ou mais cresceu 250% no período de 1979 a 1996. No município de Maringá (Paraná), pesquisa realizada por Scalassara et al (1998) sobre mortalidade por acidentes de trânsito identificou a população com mais de 64 anos como a mais exposta ao risco de envolvimento em acidentes fatais (pedestres e motoristas).

Segundo informações da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, o crescimento da taxa de mortalidade de idosos por acidentes de trânsito no Rio de Janeiro passa de 17% no período de 1990-1994 para 25% entre 1995-1999 (motoristas, passageiros e pedestres). O número de acidentes no trânsito por cada 100.000 habitantes varia bastante quando se comparam algumas faixas etárias de idosos. Na faixa etária entre 60-69 anos é de 10,7. Este valor cresce para 16,9 (aumento de 58%) quando se avalia a faixa etária entre 70-79 anos. Acima de 80 anos verifica-se que este valor é de 18,9 mortos por 100.000 habitantes, o que significa um aumento de 12% em relação à faixa etária anterior.

Em pesquisa sobre mortalidade de idosos por causas violentas, realizada em 8 macrorregiões do Estado do Rio de Janeiro no período de 1979 a 1994, Souza (1998) identificou acidentes de trânsito (especialmente no sexo masculino) e quedas (principalmente no sexo feminino), como as principais causas. Dentre os indicadores epidemiológicos mais significativos destacam-se: (1) a mortalidade por causas externas são responsáveis por 3,5 da mortalidade geral de idosos do estado, ocupando o sexto lugar na mortalidade geral; (2) o sexo masculino e a faixa etária de 70 anos ou mais são os mais expostos ao risco; (3) a macrorregião I (região metropo-



litana), por ser a região mais urbanizada e concentradora de população idosa, apresenta as maiores freqüências de mortes tanto por causas específicas quanto por grandes grupos de causas. Pesquisa realizada por Malaquias et al (1999), sobre a mortalidade por acidentes de transportes no Brasil, mostrou que os idosos são o grupo etário com maior risco de morte por acidente de trânsito.

Pesquisa qualitativa de caráter exploratório realizada por Yabiku (2001) no Município de São Paulo estimou que existem cerca de 315.000 motoristas idosos neste município. Verificou ainda que cerca de 35% da população com mais de 60 anos possuem carteira de habilitação. A pesquisa identificou também as principais condições não amigáveis da direção veicular para os motoristas da terceira idade: a velocidade de outros veículos é apontada como a principal delas; entrar no fluxo de alta velocidade; mudar de faixa; atravessar um cruzamento; entrar e sair de vaga de estacionamento.

O Código de Trânsito Brasileiro, Lei 9.503 de 23 de setembro de 1997, no Artigo 147 estabelece períodos menores para a renovação da habilitação de condutores com mais de 65 anos de idade, através de exame de aptidão física e mental. No seu parágrafo 4º, destaca que “Quando houver indícios de deficiência física, mental, ou de progressividade de doença que possa diminuir a capacidade para conduzir o veículo, o prazo previsto no parágrafo 2º poderá ser diminuído por proposta do perito examinador”. A Resolução nº 80, de 19 de novembro de 1998, estabelece que após 65 anos de idade, a carteira de habilitação deve ser renovada a cada três anos. O candidato à renovação da carteira pode ser considerado apto, apto com restrições, inapto temporariamente ou inapto. Na categoria apto com restrições, geralmente utilizada nas práticas internacionais para motoristas idosos, pode ser vedado ao motorista dirigir em rodovias, dirigir após o pôr-do-sol, além de limitar o tempo de validade do exame. Estas restrições possibilitam ao motorista idoso com problemas na definição de contrastes claro-escuro, ou que não pode dirigir por longo tempo, sob pena de diminuição da atenção em função da fadiga, manter sua autonomia e independência.

Existem críticas à resolução principalmente quanto ao rigor da anamnese no diagnóstico das demências e na avaliação mais ampla e dinâmica das deficiências funcionais associados ao processo de envelhecimento. Por exemplo, o diagnóstico de um déficit cognitivo pode ser resolvido

com uso de medidas compensatórias (uso de óculos para déficits visuais). No entanto, o diagnóstico pode envolver uma multiplicidade de déficits cuja compensação é mais complexa e portanto, mais difícil de ser realizada. Neste sentido, Laks et al (1999) enfatizam a importância de uma abordagem multidisciplinar no desenvolvimento e na validação de testes de direção e testes cognitivos, além de pesquisas e obtenção de dados estatísticos que permitam conhecer o perfil do motorista idoso brasileiro.

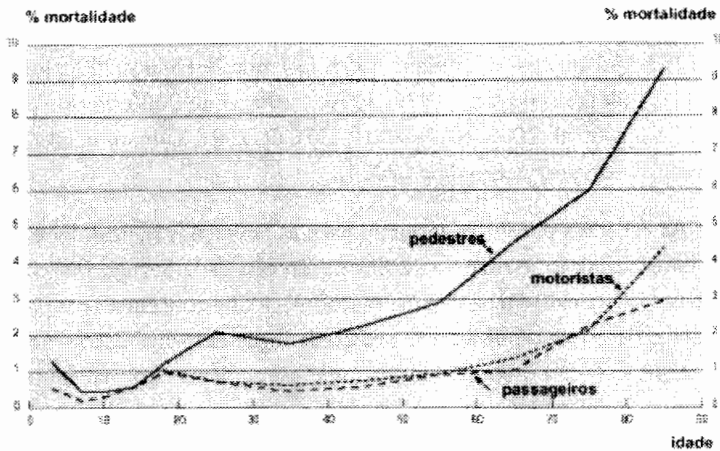
Na bibliografia internacional existem registros que apontam as mesmas deficiências e que alertam para o fato de que médicos e profissionais de saúde podem não estar preparados adequadamente para identificar e tratar motoristas de alto risco, principalmente no caso de idosos (Messinger-Rapport & Rader, 2000).

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A ANÁLISE DE RISCO DOS MOTORISTAS IDOSOS

As discussões que envolvem a análise de risco dos motoristas idosos se concentram em dois focos principais: a vulnerabilidade dos idosos envolvidos em acidentes e o risco que eles representam para os outros motoristas e pedestres. Para a primeira questão a ênfase é no aumento da segurança desses motoristas, seja através da melhoria das estradas e tecnologias veiculares, seja nas campanhas educativas que visam à adoção de comportamentos seguros nessa faixa etária. O segundo foco envolve questões relativas ao direito de dirigir, permissão concedida pelo poder público. Surgem questões relevantes que envolvem o direito individual, questões éticas e a garantia de que o padrão de mobilidade não seja alterado, o que significa um transporte público adequado às necessidades desse grupo. Um grande debate está se desenvolvendo em diferentes países sobre os desafios de lidar com essas questões de forma adequada, enfatizando pesquisas que aumentem a compreensão desse fenômeno com vistas à proposição de ações que garantam a mobilidade e a segurança no trânsito dos motoristas idosos.

Essas pesquisas indicam que quando envolvidos em acidentes, os idosos apresentam maior índice de ferimentos graves ou mortes (OECD, 2001). Conforme demonstra a figura 1 o risco dos idosos (motoristas, passageiros e pedestres) aumenta com a idade nos países membros da OECD.

FIGURA 1
MORTALIDADE POR IDADE E POR CATEGORIA DE USUÁRIO
(OECD, 2001)



Comparados com outras faixas etárias adultas, os idosos são considerados como um grupo de risco no ambiente viário. Essa vulnerabilidade está associada à fragilidade típica da faixa etária. Um acidente que causa ferimento é seis vezes mais provável de ser fatal em alguém com idade igual ou superior a 80 anos do que em alguém na faixa dos 40 (WHO, 1998). Enquanto a maior parte das mortes em acidentes de tráfego para os não idosos é causada por ferimentos na cabeça, idosos são altamente vulneráveis a ferimentos internos.

Analisando os fatores biológicos envolvidos no processo de envelhecimento humano, pode-se destacar, como principais características, as perdas progressivas nas capacidades fisiológicas dos órgãos, dos sistemas e de adaptação a certas situações de estresse, com redução da capacidade física e intelectual. Esses déficits associados ao envelhecimento causam diferentes impactos no desempenho do idoso enquanto pedestre, mas principalmente na condição de motorista. As principais limitações estão ligadas a: condições visuais (glaucoma, catarata, acuidade visual), condições cardiovasculares, condição vascular-cerebral, hipoglicemia (insulino-dependentes), habilidades e processos cognitivos, demências do tipo Alzheimer e Parkinson, rigidez muscular e esquelética (incluindo artrite), diminuição da flexibilidade do pescoço e da parte superior do corpo, desordens neuroló-

gicas (incluindo epilepsia e esclerose múltipla). Outros déficits importantes envolvem deficiências na atenção, aumento no tempo de reação, deficiência em processar informações associadas ao tempo e a manobras necessárias, como leitura de painéis ou placas (TRB, 1988; Laks 1999; Lourens et al, 1999; McKnight & McKnight, 1999; Elslande & Fleury, 2000; Joseph, 2000; Hakamies-Blomqvist, 1996, 1998, 2000; Lui, 2000; Parker et al, 2000; Zhang et al, 2000; AAA, 2001; OECD, 2001; Lyman, et al, 2001; Piritto, 2001; Banister & Bowling, 2004).

As recentes pesquisas apontam para as limitações metodológicas de medidas de exposição ao risco no trânsito na terceira idade. Segundo Hakamies-Blomqvist (1998), existem problemas metodológicos e conceituais nas pesquisas sobre o risco que tende a ser expresso da seguinte forma: risco = acidentes / exposição. A determinação dos dados sobre acidentes normalmente não apresenta grandes problemas. No entanto, a conceituação de exposição ao risco não é tarefa trivial. A autora destaca a importância de compatibilizar a forma de medir exposição ao risco com o conceito de risco utilizado. Dessa forma fica claro que o conceito de risco adotado deve estar em sintonia com a real exposição ao tráfego. E isso se aplica a todos os segmentos da população. Segundo a autora, a determinação da exposição ao risco relacionada com a variável quilometragem total percorrida é mais aconselhável do que a utilização de variáveis do tipo número de habilitados ou população por faixa etária. Da mesma forma, Mitchell (2002) enfatiza a necessidade de se explicitar o conceito de risco envolvido na análise de risco para idosos quando se considera a distância percorrida, o número de viagens e a população.

Segundo o Transportation Research Board (1988), embora seja vantajoso fazer comparações entre grupos etários com base na população (devido à confiabilidade desses dados), existe a desvantagem de se tirar conclusões com base em populações com diferentes taxas de exposição ao risco no trânsito. No caso das pesquisas analisadas nos Estados Unidos, as pessoas idosas viajavam, em 1988, 50% menos que a média de todos os outros grupos etários. Sendo assim, eles devem apresentar uma menor taxa de envolvimento em acidentes de tráfego, per capita. Uma melhor forma de comparar o risco de envolvimento em acidentes por faixa etária é considerar o número de quilômetros viajados em cada grupo, embora este indicador também apresente alguns problemas. Nem todos os quilômetros percorridos apresentam o mesmo risco de acidentes. Viajar em es-

tradas com duas faixas de tráfego por sentido, separadas por proteção central, oferece um risco menor do que viajar em estradas de mão dupla. Da mesma forma, dirigir à noite representa maior risco que dirigir de dia. No entanto o TRB considera este indicador – quilômetro percorrido – o mais indicado para comparar a exposição ao risco de diferentes faixas etárias.

Na tabela a seguir é apresentado um resumo sobre os aspectos funcionais, as principais tarefas envolvidas na direção e o impacto no desempenho dos motoristas idosos.

TABELA 1
PRINCIPAIS TAREFAS ENVOLVIDAS NA DIREÇÃO E O DESEMPENHO DOS MOTORISTAS IDOSOS.

Campo Funcional	Tarefas Demandadas	Mudanças com a Idade
Percepção	<ul style="list-style-type: none">▪ Detectar objetos▪ Perceber movimentos▪ Estimar velocidade	<ul style="list-style-type: none">▪ Diminuição do campo visual▪ Diminuição da acuidade visual▪ Dificuldade em estimar velocidades▪ Brilho e visão noturna
Atenção	<ul style="list-style-type: none">▪ Focar a atenção▪ Varredura do campo perceptivo▪ Atenção seletiva	<ul style="list-style-type: none">▪ Lentidão em trocar o foco de atenção de difusa para concentrada▪ Aumento da possibilidade de ignorar informações relevantes▪ Aumento no tempo de tomada de decisão (principal impacto)
Habilidades Motoras	<ul style="list-style-type: none">▪ Reagir a eventos inesperados▪ Desempenhar manobras com alto nível de complexidade (por exemplo, estacionar o carro numa vaga de difícil acesso)▪ Manuseio dos diferentes controles do veículo	<ul style="list-style-type: none">▪ Redução do tempo de reação▪ Dificuldades na complexidade dos movimentos seriais▪ Perda progressiva das habilidades finas
Outros processos cognitivos e comportamentais envolvidos na interação com outros usuários do ambiente viário.	<ul style="list-style-type: none">▪ Prever o comportamento dos outros usuários da via a partir da observação▪ Comportar-se de maneira previsível▪ Capacidade de negociar a entrada num fluxo ou numa interseção	<ul style="list-style-type: none">▪ Geralmente é difícil prever o comportamento dos motoristas idosos. Tal fato envolve erros de interpretação, por exemplo, frear antes do necessário, pode ser um comportamento de risco. O número de acidentes com colisões traseiras é comum nessa população.

Fonte: Adaptado de Hakamies-Blomqvist (1996)

A maior parte das pesquisas analisadas foi desenvolvida na Europa, nos Estados Unidos e Austrália. Os mais diferentes temas são abordados o que demonstra a complexidade de se avaliar a exposição ao risco no trânsito e as necessidades específicas desta parcela da população de motoristas. Neste sentido, os dados apresentados a seguir refletem essa diversidade de enfoques.

Motoristas idosos tendem a cometer maior número de erros do que motoristas mais jovens, em algumas manobras específicas como entrar em faixa de trânsito, cruzar uma faixa, trocar de faixa, entrar no fluxo principal, dobrar à esquerda. Este problema tende a ocorrer com mais frequência em áreas urbanas e isto se deve, em parte, à exposição ao risco (uma vez que se dirige mais frequentemente nessas áreas) e também pela maior complexidade da tarefa de dirigir no ambiente urbano (Malfetti & Winter, apud TRB, 1998). Segundo o US Federal Highway Administration – FHWA, uma das principais dificuldades dos motoristas idosos ocorre em interseções. Mais da metade dos acidentes fatais com motoristas acima de 80 anos de idade foi registrada em interseções, nos Estados Unidos; no caso de condutores com menos de 50 anos, o percentual é de 24%. As principais situações de risco em interseções envolvem: tomada de decisão ao cruzar a interseção; reação às indicações do semáforo e às placas de sinalização vertical; problemas de percepção de determinadas condições físicas da via.

Para a OECD (2001) a capacidade de negociação num cruzamento ou numa interseção é o “teste do limite” para o motorista idoso. Estas tarefas envolvem funções cognitivas e motoras, além de, simultaneamente, requerer do motorista o estabelecimento de estratégias de direção segura que são limitadas pela complexidade do ambiente viário (fluxos, sinalizações, elementos físicos da via, etc.) e pelas mudanças típicas do processo de envelhecimento.

Nos Estados Unidos, a análise do Sistema de Dados de Acidentes envolvendo ao menos um veículo de passeio (Crashworthiness Data System) levou em consideração aproximadamente 5.000 relatórios policiais no período 1995-1999. Uma variável merece atenção: distração do motorista/desatenção ao dirigir, definida como ocorrendo quando o motorista é retardado na tarefa de reconhecer a informação necessária para comple-

tar uma tarefa ao volante, devido a algum evento, atividade, objeto ou pessoa dentro ou fora do veículo que o induz a desviar sua atenção. Os motoristas com idade mínima de 65 anos foram 3 a 4 vezes mais propensos a “olhar, mas não ver”. A maior fonte de distração foi uma pessoa, um objeto ou um evento fora do veículo: para este tipo de distração, esta faixa etária somou sozinha 42,8% das ocorrências (AAA Foundation for Traffic Safety, 2001).

No programa europeu DRIVE II, equipamentos ITS (Sistemas Inteligentes de Transportes) usados por motoristas idosos foram avaliados. Um caso não apresentou resultados positivos: na medida em que a complexidade de displays no painel aumentava, os motoristas idosos apresentaram pior desempenho ao volante do que os mais jovens. Sinais ou mensagens audíveis foram consideradas extremamente úteis para os motoristas idosos, pois reduziram o tempo gasto olhando o display. “A conclusão mais importante diz respeito aos dispositivos advertindo sobre possível risco de colisão, no sentido de que a regulamentação da ‘brecha segura’ deve ser feita de acordo com cada indivíduo e não de forma universal”; no entanto, o desenvolvimento de auxílios à navegação pode vir a ser valioso para esses motoristas (OECD, 2001).

Outro aspecto destacado nas pesquisas sobre desempenho do motorista idoso no trânsito está relacionado com as demências. As principais síndromes demenciais que interferem com a capacidade de dirigir são: a doença de Parkinson (DP) que se caracteriza por uma rigidez muscular, dificuldade de iniciar e manter movimentos, tremor rítmico nas extremidades (braços e mãos) e uma lentidão ao executar movimentos e a doença de Alzheimer (DA), que se caracteriza por perda progressiva das funções intelectuais (Cavalcanti, 1975).

Outro fator de risco é o uso de alguns medicamentos. No Brasil, a utilização de medicamentos pela população idosa é muito alta, representando cerca de 25% dos medicamentos vendidos. Segundo Azevedo (2000), um fato agravante é a tendência de automedicação nesta faixa etária e também o uso concomitante dos medicamentos, sem obedecer a qualquer critério médico. De acordo com Pirito (2001), dentre os medicamentos frequentemente usados por idosos que apresentam efeitos adversos sobre a direção veicular destacam-se: os benzodazepínicos e outros ansiolíticos

e hipnóticos; os antidepressivos; os antihistamínicos e os hipoglicemiantes. Tais medicamentos agem direta ou indiretamente sobre o sistema nervoso central, afetando a função psicomotora e conseqüentemente o ato de dirigir. Pesquisa realizada por McGwin et al (2000a) associou o risco de acidentes com o uso de alguns medicamentos - benzodiazepínicos, anticoagulantes, antiinflamatórios - e algumas doenças específicas - artrite, alzheimer, problemas cardíacos. O resultado dessa pesquisa indicou que o uso desses medicamentos e as doenças estudadas contribuem para uma maior tendência de exposição ao risco de motoristas idosos.

Com base no Banco de Dados Canadense de Acidentes de Tráfego (TRAID) sobre acidentes fatais em colisões com veículos automotores (1984-1993), Zhang et al (2000) estudaram os padrões de acidentes de tráfego por faixa etária (16-24, 25-64, 65 anos ou mais) numa pesquisa que envolveu 49.035 motoristas. No grupo de motoristas idosos, 79% dos envolvidos em acidentes foram reportados como em condições normais no momento do acidente, 4,11% apresentavam riscos relacionados com incapacidade médica/física ou doença, 9,06% com desatenção e 0,38% usando drogas prescritas. Embora pouco significativo estatisticamente, o uso de drogas prescritas foi elevado entre motoristas idosos se comparado às demais faixas etárias.

Dentre as características típicas do envelhecimento que estão relacionadas com o desempenho do motorista, destacam-se os problemas relacionados com a visão, especificamente a acuidade visual estática e dinâmica, o aumento da sensibilidade a reflexos, a visão noturna deficiente e a sensibilidade ao contraste. Outros aspectos são a redução da habilidade de processar informação e a diminuição da flexibilidade do pescoço e da parte superior do corpo (Joseph, 2000).

Pesquisa desenvolvida por McGwin Jr et al (2000b) relaciona a função visual (acuidade visual, contraste sensitivo e campo de visão) às dificuldades relatadas por motoristas na tarefa de dirigir. O estudo confirmou a hipótese inicial de que dificuldades ao dirigir estão associadas com deficiências visuais, em especial, acuidade visual e contraste sensitivo. O processo de envelhecimento envolve dificuldades visuais. Assim sendo, o grupo de motoristas idosos deve ser alvo de estratégias específicas visando a aumentar a segurança no tráfego. Do ponto de vista médico, inter-

venções que melhorem as funções visuais, como por exemplo, cirurgia de catarata, devem ser avaliadas no que diz respeito ao seu impacto na segurança do motorista idoso ao dirigir.

Brayne et al (2000) realizaram pesquisas durante nove anos com um grupo de 546 motoristas idosos de 84 anos ou mais, para identificar as causas que levaram os motoristas a parar de dirigir. As principais razões apontadas foram: 28,6% estavam relacionadas com motivos de saúde; 17,9% com a perda da autoconfiança; 33,3% desistiu porque foi aconselhado a não dirigir. Os motoristas acima de 84 anos que ainda dirigiam apresentaram um bom nível de saúde física e mental, embora com alguma perda sensorial. Os autores concluíram que existe um processo natural de auto-seleção para parar de dirigir.

Na Inglaterra, foi realizada pesquisa com 395 motoristas (1997-1998) que já haviam participado de levantamento anterior envolvendo um total de 1780 motoristas (1994-1995). Os dados mostraram que o aumento da idade, associado à percepção do declínio das condições de saúde, altera a confiança dos motoristas na própria competência, e limita o quanto estas pessoas dirigem. A pesquisa também sugere que fatores socioeconômicos relativos a aposentadoria, como a redução de renda e da necessidade de dirigir, tem um impacto negativo na qualidade de vida e na manutenção da saúde. No que diz respeito à atitude desses motoristas com relação à propriedade de veículo, a comparação entre as duas pesquisas indica: 90,4% da primeira amostra (94/95) e 92,4% da segunda (97/98) concordam com a afirmação de que "dirigir reforça a independência da pessoa"; 76,2% da primeira e 82,0% da segunda, concordam com a afirmação de que "dirigir é de importância vital para a maioria das pessoas"; 92,7% da primeira e 93,4% da segunda concordam que "deixar de dirigir restringirá a mobilidade" (Rabbitt et al , 2002).

Numa sociedade cujo modelo de transporte está associada à posse e ao uso do carro, é muito difícil para o idoso parar de dirigir. As mudanças físicas e mentais associadas com outros processos relacionados ao envelhecimento acabam afetando as habilidades necessárias à direção segura. A percepção dessas restrições tende a levar o idoso a dirigir menos (menos viagens, viagens menores, evitando dirigir à noite, em horários de fluxo mais intenso, em auto-estradas e rodovias etc.). As ruas da vizinhan-

ça tornaram-se cada vez menos amigáveis aos idosos com o aumento progressivo do fluxo e da velocidade, além da hostilidade dos outros motoristas. No entanto, diversos fatores contribuem para que os motoristas idosos continuem dependentes do carro. No Brasil o transporte público pouco eficiente e ruas pouco seguras contribuem para aumentar a angústia nos idosos que querem parar de dirigir, mas não aceitam perder sua mobilidade. A redução na mobilidade leva à diminuição da interação social e, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida.

Alguns países vêm desenvolvendo estratégias que visam à manutenção da segurança e da mobilidade do idoso. Além do desenvolvimento de pesquisas e de informações sobre o tema, o Reino Unido tem priorizado programas de auxílio prático aos motoristas idosos em nível local. São geralmente cursos de um dia onde são tratadas questões que envolvem habilidades físicas e desempenho ao volante. Os instrutores recebem treinamento específico (WHO, 2002).

Nos Estados Unidos, o American Institute for Public Safety – AIPS (AIPS, 2002), tem um curso em vídeo para motoristas maduros (‘Mature Driver’) que inclui informações relativas a tempo de reação, perda de visão e outros fatores que dizem respeito ao processo de envelhecimento. A maioria dos estados americanos oferece programas educativos para motoristas com 55 anos ou mais. Estes cursos podem ser compulsórios, no caso do motorista ter cometido infração grave. Uma vez concluído o curso com êxito (em sala de aula, por vídeo ou web-sites), o motorista pode obter abatimento do prêmio do seguro do automóvel. Outro curso oferecido nos Estados Unidos é o Alive@55, curso de reciclagem cujo objetivo é a segurança do motorista com idade igual ou superior a 55 anos. Aspectos abordados: processo de decisão ao volante; mudanças físicas; segurança pessoal, quando confrontados com motoristas agressivos; o efeito de medicação; dirigir em auto-estrada; estatística de acidentes para motoristas mais velhos (Cupertino Courier Website, 2002). A AAA Foundation for Traffic Safety criou uma página na internet cujo objetivo é informar e auxiliar os motoristas idosos para a direção segura (Senior Driver Website, 2002). Inclui vários tópicos: saúde, preparação para a direção, direção em si e planejamento da viagem.

Os idosos que utilizam estratégias que compensem suas deficiências na capacidade de dirigir se envolvem menos em acidentes do que os

demais motoristas da mesma faixa etária que não usam nenhum tipo de estratégia. Essas estratégias de compensação estão relacionadas com a percepção da sua redução de capacidade e conseqüentemente, uma maior exposição ao risco (De Raedt & Ponjaert-Kristoffersen, 2000).

O Departamento de Transportes dos Estados Unidos vem adotando programas de assistência a familiares e amigos dos motoristas idosos. São informações sobre dados e pesquisas recentes relativas aos riscos dos motoristas idosos, evitando os mitos e preconceitos comuns. O objetivo é auxiliar a família a intervir de forma adequada, ajudando o idoso a refletir e tomar decisões importantes como reduzir o número de viagens de carro e outras medidas compensatórias até que ele decida parar de dirigir. Um exemplo desses programas é apresentado no manual "Family and friends concerned about an older driver" editado pela NHTA/National Highway Traffic Safety Administration (2001).

Objetivando atender as necessidades específicas dos motoristas idosos, diversas tecnologias estão sendo desenvolvidas. Dentre elas, destacam-se: painel mais baixo para ajudar na leitura com óculos bifocais (General Motors), faróis para ajudar a reduzir reflexos da via (Mercedes-Benz), controle de som e ar condicionado duplo, instalados no painel e no volante (Lincoln Town), maçanetas e câmbios de forma a acomodar mãos com artrite, faróis com lâmpadas cujo reflexo nas placas são semelhantes à luz do dia e ajudam na diferenciação de cor (por exemplo, vermelho e laranja) (Joseph, 2000). Kanouse (apud TRB, 1998) considera que o aumento da segurança para os motoristas idosos pode se dar através da difusão de informação e força do mercado (produtos diferenciados para este segmento). Esse autor destaca uma série de aspectos do veículo que devem ser considerados na questão da segurança dos motoristas idosos: posição dos espelhos retrovisores, posição dos limpadores de parabrisa, posição das colunas, disposição do painel de instrumentos, desenho dos assentos e velocímetro com números maiores. Existem ainda algumas soluções tecnológicas mais sofisticadas, envolvendo modernos dispositivos que auxiliam na redução de acidentes (sensores instalados nos pára-choques dos veículos).

Pesquisa realizada nos órgãos responsáveis pela habilitação de motoristas de quinze países da Comunidade Européia buscou identificar a

forma de avaliação do motorista na renovação da carteira de habilitação. Em dez países é realizado exame médico. Embora existam diretrizes comuns, esses exames não identificam um grupo etário específico como os idosos. Em nove países, existe um médico disponível para ser consultado em casos difíceis; apenas no Reino Unido os motoristas informam doenças existentes; em 6 países são usados relatórios médicos sobre as condições físicas dos motoristas que apontam riscos à direção (White & O'Neill, 2000).

As políticas voltadas para a habilitação variam nos países europeus, o que torna difícil identificar se o controle na emissão (ou renovação) da carteira de habilitação pode causar impactos significativos na segurança de trânsito. No caso específico de países como o Canadá e os Estados Unidos, a habilitação é restritiva. Após avaliação médica, o idoso pode ser liberado com ou sem restrições (por exemplo, não utilizar rodovias, não dirigir desacompanhado, não conduzir veículos à noite) (Hakamies-Blomqvist, 2000).

EVOLUÇÃO DAS PESQUISAS COM FOCO NO MOTORISTA IDOSO NOS ÚLTIMOS 40 ANOS

Hakamies-Blomqvist é uma das pioneiras nessa área de pesquisa e possui um grande número de trabalhos científicos publicados. A autora apresenta uma revisão histórica da abordagem das pesquisas sobre desempenho de motoristas idosos nos últimos 40 anos. O resumo desse trabalho será apresentado a seguir.

No final da década de 60, diversas pesquisas realizadas nos Estados Unidos com enfoque sobre motoristas idosos, resultaram na "US National Conference on the Aging Driver", objetivando recomendações voltadas para a exclusão dos idosos da população de motoristas habilitados, tendo em vista seu maior risco de envolvimento em acidentes de trânsito.

No início dos anos 70, as pesquisas européias focaram aspectos de controle e restrição para motoristas idosos. Por volta de 1985, a OECD – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, identificou medidas de segurança e pesquisas que deveriam ser desenvolvidas sobre esse tópico. Ainda em 1985, a European Conference of Ministers of

Transport, estabeleceu seis grupos de recomendações gerais que envolviam diretamente a questão da terceira idade.

A análise qualitativa desse referencial histórico mostra que as políticas européias estavam voltadas para o sistema de transporte público e seus usuários, enquanto que nos Estados Unidos o foco era o uso do carro particular (Hakamies-Blomqvist, 1996; Hakamies-Blomqvist 2000).

Diversos países iniciaram pesquisas sobre usuários idosos com diferentes enfoques. Em 1988, a Austria iniciou estudos sobre mobilidade e ambiente de tráfego, com uso de “Intelligent Transport Systems”. Em 1992, a Alemanha pesquisou mobilidade e segurança, com recomendação que enfatizava aspectos menos restritivos e mais voltados para a educação. Várias medidas foram propostas para alterações no ambiente de tráfego e incremento da mobilidade visando ao idoso que não queria mais dirigir. Em 1990, a Suécia, após identificar quais as pesquisas existentes sobre motoristas idosos, montou um comitê para emissão de carteiras para o ano de 2000 – “Driver License Year 2000”. Esse comitê buscava reunir informações mais detalhadas sobre os motoristas idosos, como subsídio para formulação de políticas específicas para esse segmento. Essas informações incorporaram inclusive as condições de vida dessas pessoas e suas opiniões sobre as questões de segurança e mobilidade. O comitê buscou interagir com os idosos no momento da renovação das habilitações exclusivamente com esse objetivo, sem opinar sobre a emissão ou não das habilitações solicitadas.

A Foundation for Road Safety Research produziu, em 1997, um documento versando sobre este tema, marcando uma mudança qualitativa do enfoque das pesquisas que passaram a abordar a questão do risco, em detrimento da análise de dados sobre acidentes ou aspectos restritivos da população de motoristas idosos.

Em 1998, novas pesquisas foram desenvolvidas com foco na questão da saúde, especialmente nas demências. Essas pesquisas enfatizam a necessidade da comunidade médica estar bem informada sobre o perfil do motorista idoso, sugerem restrições nas habilitações e ações educativas. Na Finlândia, o “Vehicle Administration Centre”, realizou pesquisa para avaliar o sistema médico de controle da habilitação de motoristas idosos.

Hakamies-Blomqvist (2000) analisou os temas estudados nas pesquisas realizadas nos últimos 15 anos sobre a condução de veículos por parte dos idosos na Europa. Destacam-se:

- Acidentes de tráfego e riscos de ferimentos;
- Demências e condução de veículos;
- Licenciamento;
- Comportamento na viagem;
- A opção de parar de dirigir;
- Análise do desempenho do motorista;
- Uso de ITS

Na última década, as pesquisas mudaram o foco de uma abordagem geral para uma abordagem específica. Se antes a questão era porque motoristas idosos têm maior risco de se envolverem em acidente, agora é quais motoristas idosos apresentam maior risco. Essas pesquisas se concentram em subgrupos de idosos (homem e mulher, faixas etárias diferentes dentro da terceira idade) e suas patologias. No que se refere a patologias, alguns problemas metodológicos se impõem, na medida em que é difícil, mesmo para a gerontologia, definir o que é patológico. Isto envolve questões éticas em definir e tratar o idoso doente quando refere-se a restrições ao direito de dirigir. Outro problema metodológico é generalizar afirmações hipotéticas, sem testá-las em diferentes subgrupos (Hakamies-Blomqvist, 2000). Segundo essa autora, cenários futuros sobre a pesquisa nesse campo tendem a levar em conta o ponto de vista do usuário, suas expectativas e percepções.

PRINCIPAIS ESTUDOS QUE ORIENTAM AS POLÍTICAS DE SEGURANÇA NO TRÂNSITO DA TERCEIRA IDADE.

Em 1998, o US Federal Highway Administration (FHWA) publicou o Older Driver Highway Design Handbook contendo 100 recomendações objetivando melhorar a segurança em geral, levando-se em conta as necessidades e capacidades específicas dos motoristas idosos. Dentre as principais conclusões dessa pesquisa, destacam-se:

Riscos relacionados às interseções.

Mais da metade dos acidentes fatais com motoristas acima de 80 anos de idade ocorreu em interseções. Esse percentual cai para 24% no

caso de condutores com menos de 50 anos. As principais situações de risco em interseções envolvem:

- Tomada de decisão ao cruzar a interseção: dificuldade de passar pelo cruzamento (essa dificuldade será maior em interseções que apresentam considerável volume de tráfego); dificuldade de fazer conversão à esquerda (esse aspecto é mais crítico quanto maior for o número de faixas que o motorista tem que cruzar em conversões à esquerda); essas dificuldades aumentam nos horários noturnos, quando a iluminação na interseção é deficiente;
- Reação às indicações do semáforo e às placas de sinalização vertical: o tempo de reação ao semáforo tende a ser maior para os motoristas idosos, o que geralmente ocasiona impaciência nos demais motoristas; a dimensão das placas de sinalização pode dificultar sua leitura;
- Outros aspectos físicos da via: dificuldade em perceber muretas de canalização de tráfego e meio fio que não estejam pintados adequadamente (sinalizados); problemas com interseções que têm muitas ilhas; sinalização horizontal pouco visível.

Neste sentido, todos os aspectos dos projetos das interseções devem considerar as necessidades específicas dessa faixa etária. Dentre as recomendações do Handbook visando a minimizar essas dificuldades, destacam-se alterações no projeto da rodovia, como iluminação e sinalização horizontal, incluindo o uso de sonorizadores e setas no chão.

Riscos relacionados com Vias Expressas

Embora sejam consideradas seguras para essa faixa etária, motoristas com mais de 75 anos demonstram acentuadas dificuldades. A diminuição de algumas capacidades físicas e mentais contribui para as dificuldades dos idosos dessa faixa etária nas vias expressas. Relato do trabalho com grupos de motoristas idosos mostrou que o acesso é a manobra mais difícil (entrada no fluxo principal), embora a manobra de saída da via expressa também apresente dificuldades (posicionamento na faixa adequada para a saída). Outras dificuldades relatadas foram: manter *headway* constante, reagir às placas de sinalização, tendência ao pânico e à desorientação com conseqüente perda da autoconfiança. Os estudos sugerem quatro áreas principais para serem cuidadas em função do

risco existente para motoristas idosos nas vias expressas: melhoria da sinalização no acesso e saída das vias expressas, melhoria nos projetos das faixas de aceleração e desaceleração, instalação de instrumentos de controle de tráfego específicos para movimentos proibidos e melhorias na iluminação.

Uso de simuladores

Em simulação com carro com painel configurado para avaliar o desempenho do motorista, incluindo o movimento dos olhos e da cabeça e estado de alerta com carga progressiva de trabalho, testou-se o tempo de reação de motoristas de diferentes faixas etárias. O resultado indica que o tempo de reação varia de acordo com a idade. No caso dos motoristas idosos, o tempo de reação tende a ser maior.

Aspectos visuais

Ao dirigir, aproximadamente 90% das informações necessárias são obtidas visualmente. Dados da citada pesquisa indicam que a sinalização atual (tamanho das letras, cor etc.) não atende as necessidades especiais dos motoristas idosos: 40% dos motoristas com mais de 65 anos apresentam dificuldade de leitura, principalmente quando o número de placas é elevado. O Handbook aconselha aumento no tamanho da letra.

Resumindo, as principais conclusões indicam que os motoristas idosos apresentam deficiências na atenção, no aumento do tempo de reação, na redução da acuidade visual, deficiência em processar informações associadas ao tempo e à manobra (por exemplo, leitura de painéis de mensagem variável).

Em 1998, o Transportation Research Board – TRB – publicou o *Transportation in an Aging Society*. Dividido em dois volumes, este estudo priorizou cinco áreas de pesquisas, a saber:

- Análise dos dados e pesquisas disponíveis sobre segurança da população idosa no ambiente viário.
- Identificação de medidas que aumentem a segurança da infraestrutura viária para pedestres e motoristas idosos, incluindo novas tecnologias veiculares e alternativas ao uso do carro.

- Avaliar as questões de políticas públicas vinculadas a custos, o processo de priorização relativo aos objetivos de segurança e mobilidades e necessidades conflitantes dos indivíduos das diferentes faixas etárias e da sociedade em geral.
- Recomendações de melhorias na infra-estrutura viária, nos veículos, na renovação da habilitação dos motoristas idosos, nas campanhas educativas voltadas para essa população e possíveis alternativas de transporte.
- Identificar áreas promissoras para pesquisas futuras.

O documento enfatiza aspectos importantes que caracterizam a população idosa como um grupo de risco no ambiente viário. Aborda principalmente aspectos da segurança viária, com a apresentação de dados e proposição de recomendações feitas por um comitê multidisciplinar.

Em maio de 2001, a revisão e expansão do escopo de estudo do Older Driver Highway Design Handbook originou a publicação pelo FHWA do Guidelines and Recommendations to Accommodate Older Drivers and Pedestrians. Trata-se de um manual cujo objetivo é identificar medidas de engenharia de tráfego que atendam as necessidades específicas dos idosos. Inclui recomendações e informações para tratamento das interseções, análise dos raios de curva das estradas e áreas de ultrapassagens e, finalmente, áreas de obras e manutenção.

Em 2001, a Organization for Economic Co-operation and Development – OECD, publicou o documento Ageing and Transport: mobility needs and safety issues. O documento aborda o tema envelhecimento e transporte a partir de uma visão dinâmica que envolve aspectos não só relativos à segurança, mas principalmente, da importância da mobilidade para a inclusão social dessa população. Este documento objetiva conscientizar aos formuladores de políticas públicas, planejadores de transportes e tomadores de decisão nos diferentes níveis das necessidades de uma sociedade que está envelhecendo rapidamente. São apresentadas as principais práticas de segurança viária e a mobilidade é analisada no contexto de outros objetivos e demandas que envolvem:

- Suporte e financiamento da mobilidade.
- Suporte ao motorista idoso para continuar dirigindo com mais segurança.



- Oferta de alternativas de transportes adequadas ao carro privado.
- Veículos mais seguros para a população idosa.
- Desenvolvimento de infra-estrutura e vias mais seguras.
- Práticas de uso do solo
- Envolvimento das pessoas idosas no desenvolvimento das políticas.
- Campanhas educacionais no sentido de promover um grau máximo de mobilidade e segurança para a população idosa.

CONCLUSÕES

Este artigo apresentou uma abordagem sobre o desempenho de motoristas idosos, incluindo aspectos específicos dos riscos na terceira idade e um panorama das pesquisas desenvolvidas nos últimos quarenta anos. A análise apresentada evidencia que o envelhecimento envolve perdas progressivas nas habilidades cognitivas, sensório-perceptivas e motoras de alto nível. Das mudanças ocasionadas pelo processo de envelhecimento e que relacionam-se com o desempenho na direção veicular destacam-se: redução da acuidade visual, redução na habilidade de processar informações associadas ao tempo e às manobras (principalmente em conversões à esquerda), dificuldades na tomada de decisão, diminuição de atos reflexos, deficiências na atenção, aumento do tempo de reação.

O aumento expressivo da população idosa, principalmente em países em desenvolvimento, enfatiza a importância de esforços integrados de pesquisa com foco nesse contingente. O setor de transportes desempenha importante papel na adequação do ambiente viário às necessidades específicas do grupo de motoristas idosos. Cabe ressaltar que medidas de segurança no trânsito, quando adotadas, beneficiam todos os motoristas e não apenas os idosos. Diante da complexidade que envolve a terceira idade, torna-se necessária uma abordagem multidisciplinar do tema. Medidas restritivas devem estar apoiadas no conhecimento adequado das especificidades do motorista idoso.

No Brasil, observa-se uma grande dificuldade na obtenção de dados consistentes sobre acidentes de trânsito envolvendo a população idosa. Tais dados não diferenciam adequadamente se os envolvidos em acidentes de trânsito são pedestres ou motoristas, o que dificulta uma abordagem mais precisa do envolvimento dos motoristas idosos. As informações disponíveis

apontam para uma significativa vulnerabilidade dos idosos no ambiente de tráfego. Assim, torna-se necessário o conhecimento adequado do perfil do motorista idoso brasileiro, incluindo-se suas variáveis culturais, como é o caso da predominância no Brasil do subgrupo etário de 65 a 74 anos com padrão de viagens pendulares, característico de pessoas ativas, muitas delas inseridas no mercado de trabalho e que, portanto, apresenta maior exposição ao risco.

Dentre as recomendações sugeridas, destaca-se a importância da construção de uma base de dados diferenciada por subgrupos etários - 65-74, 75-84 e 85 anos ou mais (Laux, apud Yabiku, 2001), por sexo e por categorias de usuário da via (pedestres e motoristas). Deve-se ainda ressaltar a necessidade de desenvolvimento de estudos e pesquisas que subsidiem políticas de segurança no trânsito e a manutenção da saúde para a terceira idade. Neste sentido, a Câmara Temática de Habilitação e a Câmara Temática de Saúde, no âmbito do DENATRAN, são dois bons exemplos de fóruns onde aspectos relacionados com a condição do motorista idoso poderiam ser amplamente discutidos.

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, afirma no Art. 3º que “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. Nesse sentido, cabe à sociedade ampliar o debate sobre os motoristas idosos avaliando alternativas que possibilitem minimizar a exposição aos riscos no trânsito dessa faixa etária. Em conseqüência, poder-se-ia garantir maior mobilidade e melhores condições de vida e de integração na sociedade para esse segmento específico.

NOTAS

- ¹ Psicóloga, Mestra em Engenharia de Transportes - COPPE/UFRJ, Doutoranda em Engenharia de Transportes - Programa de Engenharia de Transportes, COPPE/UFRJ. rogeria@pet.coppe.ufrj.br
- ² Engenheira Civil, Professora Adjunta do Programa de Engenharia de Transportes, COPPE/UFRJ - PhD pelo Imperial College Transport Section University of London. marilita@pet.coppe.ufrj.br

- ³ Engenheiro Civil, Professor Adjunto do Programa de Engenharia de Transportes, COPPE/UFRJ – PhD pelo Imperial College Transport Section University of London. marcio@pet.coppe.ufrj.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAA FOUNDATION FOR TRAFFIC SAFETY. *The role of driver distraction in traffic crashes*. Disponível em: <<http://www.aafts.org/pdf/distraction.pdf>>. Acesso em: 2001
- ALSNIH, R.; HENSHER, D.A. The mobility and accessibility expectations of seniors in an aging population. *Transportation Research*, v. 37, 2003. Part A.
- AZEVEDO, J. R. D. *A utilização de medicamentos na terceira idade*. Disponível em: <<http://www.drmundi.com.br>>. Acesso em: mar. 2000.
- BANISTER, D.; BOWLING, D. Quality of life for elderly: the transport dimension. *Transport Policy*, v. 11, 2004
- BRASIL. *Código Nacional de Trânsito Brasileiro*. Lei nº 9.503 de 23 de outubro de 1997. Institui o Código Nacional de Trânsito Brasileiro. Brasília, 23 set. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n. 737, de 16 maio 2001. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, n. 96 seção 1E, de 18 maio 2001, Brasília, DF.
- BRAYNE, C. et al. Very old drivers: findings from a population cohort of people aged 84 and over. *Internacional Journal of Epidemiology*, v. 29, p. 704-707, 2000.
- CARR D.B., DUCHEK J.; MORRIS J.C. Characteristic of motor vehicle crashes of drivers with dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 48, p. 18-22, 2000.
- CAVALCANTI, P. U. Aspectos biológicos do envelhecimento: o fenômeno da senescência. *Jornal Brasileiro de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 26, 1974.
- DE RAEDT, R.; PONJAERT-KRISTOFFERSEN, I. Can strategic and tactical compensation reduce crash risk in older driver? *Age and Ageing*, v. 29, p. 517-521, 2000.
- ELSLANDE, P.V.; FLEURY, D. Elderly drivers: what errors do they commit on the roads? In: IEA/HFES CONGRESS, 2000, San Diego, California. *Proceedings...* Ergonomics for the new millenium. San Diego, CA: International Ergonomic Association, 2000.
- EVANS, L. Risk older drivers face themselves and threats they pose to other road users. *International Journal of Epidemiology*, v. 29, p. 315-322, 2000

FIOCRUZ. *Análise de mortalidade por causas externas de idosos em capitais de regiões metropolitanas do Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, 2002.

GRATT, L. Risk management and decision making. In: INTERNATIONAL WHORSHOP ON UNCERTAINTIES IN RISK ASSESSMENT, New York, 1987. *Proceedings of the Society for Analysis*. New York: Plenum Press, 1987. p. 241-249.

HAKAMIES-BLOMQUIST, L. Aging and fatal accidents in male and female drivers. *The Gerontological Society of America*, v. 49, n 6, 1994.

_____. Ageing Europe: the challenges and opportunities for transport safety. *European Transport Safety Council*, Brussels, 2003.

_____. Older drivers' accident risk: conceptual and methodological issues. *Accident Analysis and Prevention*, v. 30, p. 293-297, 1998.

_____. Recent European research on older drivers. *Accident Analysis and Prevention*, v. 32, p. 601-607, 2000.

_____. Research on older drivers: a review. *IATSS Research*, v. 20, p. 91-100, 1996.

JOSEPH, J. Vintage Models: older drivers - a dilemma for traffic technology. *Traffic Technology International*, p. 112-117, oct./nov., 2000

LAKS, J. et al. Direção, comprometimento cognitivo e demência. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 35, n. 5, 1999.

LOURENS, P.F. et al. Annual mileage, driving violations, and accidents involvement in relation to drivers' sex, age, and level of education. *Accident Analysis and Prevention*, v.31, 1999.

LUI, Y. Effect of advanced traveler information system displays on younger and older drivers' performance. *Elsevier Science, Display 21*, 2000.

LYMAN, J.M. et al. Factors related to driving difficulty and habits in older drivers. *Accident Analysis and Prevention*, v. 33, 2001.

MALAQUIAS, J.V.; REIS, A. C.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. *Mortalidade por acidentes de transportes no Brasil*. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br/Boletim%205.PDF>>. Acesso em: jan. 2004.

MCGWIN G. Jr. et al. Relations among chronic medical conditions, medications, and automobile crashes in the Elderly: a population-based case-control study. *American Journal of Epidemiology*, v. 152, p. 424-431, 2000a.

_____. Visual risk factors for driving difficulty among older drivers. *Accident Analysis and Prevention*, v. 32, p. 735-744, 2000b.



- MCKNIGHT, A. J.; MCKNIGHT, A. S. Multivariate analysis of age-related driver ability and performance deficits. *Accident Analysis and Prevention*, v.31, 1999.
- MESSINGER-RAPPORT, B. J.; RADER, E. High risk on the highway: how to identify and treat the impaired older drivers. *Geriatrics*, v. 55, p. 32-45, 2000.
- METZ, D. H. Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, v. 7, p. 149-152, 2000.
- MITCHELL, K. Older people & road safety: dispelling the myths. *World Transport Policy & Practice*, Hampshire, v. 8, n. 2, 2002.
- NHTA/National Highway Traffic Safety Administration. *Family and friends concerned about an older driver*. Disponível em: <www.nhtsa.dot.gov/.../FamilynFriends/mages/F&F.jpg>. Acesso em: jun. 2003.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). Ageing and transport: mobility needs and safety issues. *OECD Publications, France*, 2001.
- PARKER, D et al. Elderly drivers and their accidents: the aging driver questionnaire. *Accident Analysis and Prevention*, v. 32, 2000.
- PIRITO, M. A. Considerações sobre o motorista idoso. *Revista da Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego – ABRAMET*, n. 30, maio/jun., 1999.
- PREUSSER, D.F. et al. Fatal crash risk for older drivers at intersections. *Accident Analysis and Prevention*, v.30, n. 2, 1998.
- RABBITT, P.; CARMICHAEL, A.; SHILLING, V.; SUTCLIFFE, P. *Age, health and driving: longitudinally observed changes in reported general health, in mileage, self-rated competence and in attitudes of older drivers*. S. I.: AAA Foundation for Road Safety Research, 2002.
- RAGLAND, D. Making the Roads Safer for Older Drivers. *Report from the Traffic Safety Center's Extending Safe Driving Years Workshop*. UC Berkeley. Disponível em: <<http://www.tsc.berkeley.edu/html/newsletter/Fall03/esdy.html>> Acesso em: abr. 2004.
- RENACH WEBSITE . Disponível em: <<http://www.multitransito.com/estudosepesquisas/estatistica/condutores/index.asp>>. Acesso em: dez. 2000.
- SCALASSARA, M. B., SOUZA, R. K. T.; SOARES, D. F. P. P. Características da mortalidade por acidentes de trânsito em localidade da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 2, 1998.
- SOUZA, E R. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no estado do Rio de Janeiro. *Revista de Gerontologia*, São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 6, n 2, 1998.

TRANSPORTATION RESEARCH BOARD. Transportation in an aging society: improving mobility and safety for older persons. *Transportation Research Board Special Report*, Washington, DC, n. 218, 1998.

US-FHA. (US Federal Highway Administration). *Older Driver Highway Design Handbook* , 1998. Disponível em: <www.fhwa.dot.gov/tfhrcc/safety/pubs/older/intro/>. Acesso em: mar. 2003.

_____. *Guidelines and Recommendations to Accommodate Older Drivers and Pedestrians*. 2001 Disponível em: <http://www.tfhrcc.gov/humanfac/01105/cover.htm>. Acesso em: mar. 2003

VERAS, R. P. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 2002.

WHITE, S. & O'NEIL, D. Health and relicensing policies for older drivers in the European Union. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 46, p. 146-152, 2000.

WHO. Averting the three outriders of the transport apocalypse: road accidents, air and noise pollution. *Press Release WHO/57*, World Health Organization, Geneva, 31 jul. 1998. Disponível em: < <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-57.html> >. Acesso em: set. 2003.

_____. *Health and ageing: a discussion paper*. Geneva: World Health Organisation, Department of Health Promotion, 2001a.

_____. Spot light on mounting traffic deaths. *NMH News*, Geneva, WHO 54, May, 2001b.

YABIKU, L. Os motoristas da terceira idade e as condições não amigáveis da direção veicular. *Revista da Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego – ABRAMET*, n. 36, jan./fev., 2001.

ZHANG, J. et al. Factors affecting the severity of motor vehicle traffic crashes involving elderly drivers in Ontario. *Accident Analysis and Prevention*, v. 32, 2000.

*ABSTRACT*

The main objective of this paper is to identify possible driving risks related to older drivers. Brazilian data are analyzed, aspects related to traffic risks incurred by the elderly population and ageing process. The paper also presents a broad overview of surveys involving older drivers performance and the evolution of these surveys in the last forty years. Relevant data associated to older drivers specific risks are also presented.

KEYWORDS: aged; automobiles; safety; accidents traffic; risk assessment; policy making.

Recebido para publicação em: 25/07/2003

Aprovado em: 08/12/2003

Correspondência para:

Rogéria Motta de Sant'Anna

E-mail: Rogéria@pet.coppe.ufrj.br e rogeriasantana@aol.com

A Homeopatia no universo do envelhecimento *Homeopathy in the Universe of Ageing*

Renan dos Santos¹

RESUMO

Este trabalho procura explicitar alguns conceitos básicos da Homeopatia, enfatizando os pilares de sua estrutura metodológica e a filosofia de sua doutrina. Busca correlacionar essa doutrina médica com o processo de saúde/doença e com a qualidade de vida na velhice na medida em que reconhece a possibilidade de controlar disfunções e deficiências numa perspectiva de construção de um "futuro saudável". Saliencia a evidência de parceria viável entre a Homeopatia e a Gerontogeriatría dentro da visão multidisciplinar no assistir e cuidar de idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Homeopatia; saúde; doença; qualidade de vida; Gerontologia; Geriatria; idoso; envelhecimento; multidisciplinaridade.

INTRODUÇÃO

O título deste artigo subentende o propósito de evidenciar conexões possíveis entre a Homeopatia e o perfil dos estudos gerontológicos e geriátricos. Partimos em busca de uma linguagem comum, onde conceitos básicos como saúde e doença possam servir para problematizar questões como a promoção da boa qualidade de vida e a cura de enfermidades. Salienciamos o papel da terapêutica homeopática e seu embasamento doutrinário e filosófico, em sua disponibilidade de se somar a outros recursos médicos, na facilitação da capacidade adaptativa do indivíduo às injunções da vida no contexto cultural e ambiental. Tudo à procura de um envelhecer que possibilite realizações humanas.

E, para tanto, apoiamo-nos em nossa experiência no interior do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), ambulatório que integra a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) e que, por sua vez, corresponde programa vinculado à Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Esse espaço, em que vigora o trabalho multidisciplinar, volta-se para essa fase da vida em que as funções tendem a se reduzir e os riscos à saúde são acrescidos, exigindo avaliação integral



de quem vive sob o fogo cruzado dos fatores sócio-ambientais muitas vezes adversos. Sempre numa visão de totalidade, a Clínica Homeopática aí se insere utilizando os medicamentos que lhe conferem o qualitativo de Medicina suave pelas diluições e pelas dinamizações de sua farmacotécnica. Nessa elaboração coletiva, vislumbramos a possibilidade de construção de conceitos harmoniosos, frutos da convivência das idéias de Hahnemann² lançadas sobre práticas e estudos gerontológicos e geriátricos.

VISÃO DA TOTALIDADE: COMPROMISSO DA HOMEOPATIA NESSES 200 ANOS

Onde se encontram as interfaces entre o paradigma terapêutico de Hahnemann e os estudos gerontológicos e geriátricos? Como a Homeopatia se insere num contexto multidisciplinar, visando promover a saúde e tratar diferentes males que podem se introduzir no processo de envelhecimento? Para iniciar essas questões é necessário uma primeira aproximação às bases da Homeopatia.

O mero alívio de sintomas e sinais não é saúde, que aqui é entendida como um estado de harmonia entre as partes do corpo... entre a pessoa como um todo e o cosmos. Importa, portanto, considerar as relações do homem consigo mesmo, com outros homens, com a natureza; estudar seu estado psicológico e ambiental.

E a enfermidade é, prioritariamente, o desequilíbrio da Energia Vital do indivíduo que implica três fatores mórbidos: (a) a influência mórbida, (b) uma especial susceptibilidade da pessoa afetada, (c) a individualidade do paciente que imprime à enfermidade um modo e forma particulares.

Os sintomas constituem a via principal de acesso à cura, daí sua *anamnese minudente*, valorizando os sintomas mentais gerais, locais, raros e estranhos; os fatores causais; as transgressões; os sintomas patológicos, indicativos da afinidade eletiva do medicamento por certos tecidos ou órgãos.

Clinicamente a enfermidade recebe classificação.

É dita *Aguda*, quando se trata de uma crise de exoneração e, se não segue a lei de cura, o *similimum* está indicado. Sendo que nas epidemias o

remédio epidêmico, preparado a partir do agente causal, pode servir como profilático, não obstante ser o remédio crônico do paciente (afinado com sua diátese – maneira peculiar de reagir de cada indivíduo) a melhor providência terapêutica.

É considerada *Crônica* a que não mostra tendência a curar-se espontaneamente. Essa é a esfera magna da Homeopatia. É um estado constitucional mórbido que desvitaliza o indivíduo e o predispõe, por susceptibilidade, à infecção aguda. Esta enfermidade crônica deve ser estudada pelo exame biográfico do paciente desde seu período gestacional, de forma a se constituir uma totalidade original de sintomas. A medicação para o quadro atual corresponderá apenas à primeira etapa do tratamento, que deve evoluir para a erradicação do desequilíbrio constitucional, nas tendências de *Psora* – susceptibilidade hiperérgica; *Sífilis* – como tendência destrutiva da energia; *Sicose* – como perversão proliferativa e anárquica das células. Os três miasmas fundamentais de Hahnemann. Aqui, a patologia é o resultado da enfermidade dinâmica, uma perturbação da energia vital reguladora do organismo. Os abscessos, as úlceras e os tumores são o resultado do esforço exonerativo ou superficializante por parte das defesas naturais.

Para a Homeopatia, trata-se de nuclear e essencial a constituição do indivíduo e um correspondente modo de reagir (Diátese); este, o elo verdadeiro de ligação entre quadros mórbidos, à primeira vista, completamente diferentes. Tal fato confere à Homeopatia uma dimensão própria, de extraordinárias conseqüências.

Como elemento de base das quatro diáteses (*Psora*, *Tuberculismo*, *Luetismo* e *Sicose*) encontramos o tecido conjuntivo. Porém, a originalidade da manifestação encontra-se no epitélio para a *psora*; na serosa para o *tuberculismo*; no tecido elástico para o *luetismo* e, no reticuloendotélio, para a *sicose*.

São características da diáteses; um modo especial de reagir a certas agressões, em correspondência com a estrutura anatomofisiológica própria, ou seja, é uma sensibilidade especial; e, melhora nessa competência de adaptação, sob efeito de remédio diatésico fundamental, escolhido pela patogênese.

Das quatro diáteses, duas são primárias – a *psora* e o *tuberculismo* – formando o equilíbrio binário presente no universo - valores opostos e complementares, assim como *Yin e Yang* da Filosofia Oriental. As agressões ao organismo ou as carências, por exemplo, podem provocar hiper-respostas (*psora*) ou hipo-respostas (*tuberculismo*) suscetíveis de evoluir para o *luetismo* (destruição celular) ou para a *sicose* (proliferação das células). Esses aspectos são da maior relevância em quase todos os casos, especialmente nos quadros crônicos, para se firmar o diagnóstico e estabelecer a terapêutica. Sobre as diáteses primárias, assentam-se o *luetismo* e/ou a *sicose*, como salário do pecado: erros e excessos cometidos durante a vida.

O *Luetismo* é o orgulho, a dominação, de onde resultam as insatisfações, a instabilidade, o triunfo do instinto sobre a razão. A *Sicose* é a capitulação, a recusa de toda a luta, o fracasso, o naufrágio, o triunfo das forças da morte sobre as forças da vida (Michaud, 1999).

A literatura e as artes estão, em todos os tempos, marcadas pelas expressões diatésicas de seus grandes vultos. Modernamente, a *psora* adere às alergias; a atividade psíquica tende à cólera, à violência; pouca sensibilidade à dor; resistência à fadiga; tendência à congestão arterial, escleroses; mudanças de caráter chamam atenção para o caminho da organicidade; o psórico corresponde à constituição carbônica. A *psora* é centrífuga, enquanto o *tuberculismo* é centrípeto, tem má defesa frente às agressões, com afecções pouco febris e de evolução tórpida, tendência a cronicidade, congestão venosa, astenia e alergia; o tuberculínico se liga ao tipo fosfórico; tem como contraparte na Alopátia o “nervoso”, o “psicossomático”: ele se diz sempre doente, porém possui alegria de viver, entusiasmo e desejo de gozar a vida em seus prazeres nobres. Porém o corpo não lhe serve. No psórico a recuperação pode ser rápida, no tuberculínico sobra sempre alguma coisa.

Na patologia crônica, o que importa é ver, por trás do rótulo diagnóstico, o colorido específico da diátese.

Quanto ao medicamento, as potências ou dinamizações mais elevadas seguem a cronificação do quadro mórbido, enquanto as baixas e médias se recomendam na fase aguda e intermediária do processo evolutivo. Gradativamente caminhamos das manifestações orgânicas para as Diáteses; e a busca do remédio único, em cada prescrição, é o grande *desideratum*.

A GERONTOLOGIA E O OLHAR PARA A TOTALIDADE

A Geriatria foi primogênita; como especialidade médica, estava compassada com as tendências de dirigir-se a um foco específico, como a Pediatria ou a Ginecologia. Veio depois a Gerontologia; nascida em meio à plena expansão da Medicina ocidental especializada e cada vez mais tecnológica, apresenta-se como um certo contraponto. Colocando-se a tarefa de pensar o processo de envelhecimento humano para além do fenômeno patológico, propõe uma abordagem de conjunto, multidisciplinar; contra a maré médica ocidental do olhar agudo e especializado sobre um foco cada vez mais isolado, aposta num olhar para a totalidade do ser humano que envelhece.

Evidentemente, a constituição do campo gerontológico não se dá sem tropeços. Não sejamos ingênuos. Questões corporativas, visões fragmentárias e estereotipadas vêm marcando os muitos caminhos trilhados no interior da Gerontologia, como tão bem nos mostra Debert (1999) em suas discussões sobre diferentes abordagens quando o tema é a velhice; muitas construções têm sido pesadamente questionadas nas iniciativas e reflexões voltadas para a velhice. Mas o que queremos ressaltar corresponde ao gémem da visão mais integralizadora, mais cósmica, que lá estava presente, desde seus primórdios; a perspectiva multidisciplinar sempre foi marca essencial de singularidade no campo da Gerontologia. E, mesmo a Geriatria, tem se beneficiado desse olhar mais abrangente quando se dispõe a partilhar, de fato, com outros profissionais de saúde, a atenção àqueles que envelhecem, em suas manifestações patológicas.

Hoje, muitas experiências gerontológicas vêm sendo empreendidas nos mais diversos rincões do mundo. Investindo na participação do idoso nos mais diversos espaços sociais e buscando a construção de perspectivas vividas e realizadoras para os que envelhecem, inúmeras instituições vêm se abrindo de forma crescente à presença de idosos, inclusive, e com destaque, as universidades brasileiras (Cachione, 1999).

Neri (1999), entusiasta dos estudos sobre envelhecimento, tem se dedicado a evidenciar os aspectos multifacéticos desse universo. Veras (1994), vem enfatizando a necessidade da abordagem por meio de diferentes dimensões quando a discussão se volta para o campo do processo de

envelhecimento humano. As múltiplas áreas do conhecimento envolvidas na pesquisa relativa aos idosos e à velhice foram evidenciadas de forma categórica por Prado (2003) em seus estudos sobre o tema em tela.

A UNATI-UERJ E O NÚCLEO DE ATENÇÃO A IDOSO COMO ESPAÇOS MULTIDIMENSIONAIS

A Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) é uma das expressões concretas da abordagem multidisciplinar quando se trata de oferecer propostas de elevação da qualidade de vida para a população idosa (Veras e Camargo, 1994). A integração entre promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças corresponde parte constitutiva da essência conceitual da UnATI-UERJ. Em todos os seus espaços, impera a perspectiva de que a qualidade de vida para os idosos é algo tangível, viável se considerada sua totalidade, seu ser humano, em toda a sua humanidade.

Em seu interior, desenvolvem-se as atividades do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), um ambulatório de características bastante peculiares, o que se deve, essencialmente, ao seu caráter inovador. Aí são acompanhadas pessoas com mais de 60 anos, que deambulam com autonomia e freqüentam cursos e atividades diversas na UnATI e, muitas vezes, fora dela inclusive. É característica constitutiva do NAI construir-se como espaço multiprofissional que valoriza de forma ímpar a promoção da saúde e a prevenção de doenças ao lado dos cuidados exigidos pelos acometimentos patológicos que fazem parte do cotidiano dos muitos idosos. Educação em saúde em atividades grupais, momentos coletivos de reflexão sobre a qualidade de vida na velhice e consultas individuais convivem de forma a buscar consensos e mergulhar nas contradições, vislumbrando a possibilidade de um envelhecimento que contemple o domínio do corpo, a dimensão emocional, a inserção social, as perspectivas espirituais de cada um e de todos, observando o quão difícil é empreender essa caminhada.

Nossa inserção institucional acontece no NAI, desde 1997, por meio de consultas médicas que se desenvolvem à luz da Homeopatia. Tem sido nosso objetivo cuidar, segundo a Lei dos Semelhantes, com doses

mínimas, sempre em busca do remédio único para uma clientela que nos procura espontaneamente, desejando uma terapêutica eficaz e suave, sem efeitos colaterais indesejáveis.

A grande maioria dos pacientes, homens e mulheres, após três consultas com intervalos de 30 a 40 dias, têm apresentado graus diversos de melhoras que se expressam do psiquismo às queixas físicas, quase todos passando a administrar melhor suas limitações. Em cerca de 80% dos casos, foi possível diminuir a tendência à medicalização dos pacientes. Uma observação importante deve ser destacada: nosso olhar clínico busca constantemente padrões coletivos; os pacientes atendidos nas consultas de Homeopatia revelam ampla diversidade em suas manifestações patológicas e nas respostas às terapêuticas implementadas. Em outras palavras, parecem não tender, em bloco, a esta ou aquela Diátese. E, dessa forma, não nos parece indicado falar em “idoso” e sim em “idosos”, em pessoas que envelhecem e adoecem de forma absolutamente singular demandando, portanto, medicamentos singulares.

Há forte demanda reprimida em nosso setor. Observemos que nossa participação acontece em colaboração com os setores de Nutrição, Fisioterapia, Cardiologia, Endocrinologia.

Estamos aqui no espaço em que campeiam as manifestações crônicas entre esses seres humanos sobre os quais paira a possibilidade de incapacidades, quando já não existem. É o substrato privilegiado da Homeopatia efetivada num cenário que valoriza modos de vida pessoais e coletivos, autocapacitação através de mudanças nos comportamentos e valores com base no conhecimento e no crescimento humanos, reconhecendo a saúde como meio de atingir os altos fins da existência. Nessa elaboração coletiva, vislumbramos campo fértil para o florescer das idéias de Hahnemann, como sementes lançadas sobre estudos geriátricos e gerontológicos.

A MEDICINA DE HAHNEMANN, A GERONTOLOGIA E A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

Pensem nos conceitos emitidos para a Homeopatia tendo por escopo a fase da vida que entendemos como processo de envelhecimento



e vamos nos deparar com a necessidade de colocar foco nas possibilidades de perdas ameaçadoras – sejam de natureza motora, cognitiva, psíquica, econômica, social – inquietando a emocionalidade e atingindo o sentimento de competência. As repercussões nesse quadro de perdas – possíveis, concluídas ou em processo de desenvolvimento – dependem de reações comportamentais inerentes à personalidade de cada indivíduo. Alguns se adaptam e administram o “stress” outros necessitam de ajuda pertinente.

No caso das funções diminuídas, podemos encontrar o modelo de ciclo vicioso. No declínio físico, em geral, teremos diminuição da função neuromuscular, condicionante da ansiedade, que se carrega de sentimento de medo, levando a diminuição da motivação de agir. Perdas da identidade podem compor o passo seguinte, refletindo sobre a motivação de agir, com conseqüente perda da confiança em si e redução da própria estima. Pode reduzir-se a possibilidade de aprendizagem. Tudo levando à incompetência funcional, reforçando o declínio da função neuromuscular.

E, nesse contexto, encontramos lógica aplicável a outras afecções, como a reumática em idosos, doenças degenerativas e aquelas provocadas pela falta de mobilidade, tomando conta do corpo e do espírito, interferindo nas atividades da vida diária e merecendo o conforto proporcionado por atividades físicas (ginástica, dança, relaxamento, exercícios respiratórios, passeios culturais, turismo e o que mais puder ser proposto como adequado), eventuais orientações sobre alimentação, ao lado de estímulos provenientes de medicamentos homeopáticos.

Ora, no processo de envelhecimento, à medida que declina a funcionalidade orgânica, há no modelo alopático a tendência à polifarmácia, na ânsia de negar as manifestações que, ora aqui ora ali, traduzem disfunções ou desequilíbrios vitais. Fácil é chegar à hiatrogenia, superajuntar sofrimento por ação dos agentes medicamentosos. Na Homeopatia, as doses mínimas tornam o fenômeno muito mais raro.

Cabe aqui um relato importante. Estudo realizado em 1996/1997 (quando ainda a Homeopatia não estava lá presente) revelou que o consumo de medicamentos entre pacientes do NAI encontrava-se bem abaixo dos padrões observados na literatura e sugerindo que seus profissionais

apresentavam um padrão de prescrição extremamente sóbrio e capaz de influenciar a população atendida (Sayd, et al, 2000). Podemos afirmar, após esse relato, que a filosofia de trabalho do NAI está pautada numa visão acerca do processo de envelhecimento que se coaduna com procedimento parcimonioso no emprego de remédios.

Enfim, o modelo gerontológico e geriátrico incorporado pela UnATI-UERJ e manifestado com toda limpidez em um de seus ambulatórios – o NAI – expressa a consolidação cada vez maior de visão holística do processo de envelhecimento: a pessoa idosa vista em sua totalidade, mergulhada em um mundo pluridimensional, onde a qualidade de vida corresponde a pilar essencial de sua existência. Para muito além da doença e dos muitos medicamentos e procedimentos tecnológicos que marcam a Medicina pontual e especializada, a prática do NAI busca o mínimo necessário de medicação e enfatiza múltiplos olhares com vistas à cura, à prevenção de doenças e incapacidades e à promoção da saúde, esta entendida em suas dimensões corporais, emocionais e espirituais.

Em suma, olhamos para esses anos de convivência profícua entre Homeopatia e Geronto-geriatria no NAI, refletimos sobre os conceitos que regem as condutas de cada um desses campos do conhecimento e encontramos referências comuns fundamentais. Ambos buscam mais que o mero alívio de sintomas e sinais de doenças e incapacidades; os dois têm as doenças crônicas como seu substrato essencial cotidiano; simultaneamente procuram caminhos resolutivos suaves e mais confortáveis para os pacientes; tanto um como outro vêem o ser humano em sua singularidade, contextualizado no complexo e vasto mundo material e espiritual.

Acreditamos que a essência conceitual de cada um desses campos do conhecimento se encontram e, por esse motivo, finalizamos o presente artigo servindo-nos das palavras do Professor Albarède (1996) para deitá-las sobre a Gerontologia.

Os que se encarregam do envelhecimento de uma pessoa e que buscam fazê-lo por meio da Homeopatia devem integrar em suas ações: (a) a dimensão do programa genético, que fixa as grandes linhas do envelhecimento, delineando o conceito de terreno; (b) o balanço existencial com base no plano biopatológico e psicossocial, que modula o envelhecimento e dá enfoque específico a cada pes-

soa; (c) a avaliação das grandes funções – de relação, de integração, de interação, num contexto de adaptação e homeostasia; (d) a capacidade de escuta e observação das queixas e temores da pessoa.

Caminhos tão distintos e tão próximos. Possibilidades para um envelhecimento com qualidade de vida.

NOTAS

- ¹ Médico homeopata, formado pelo Instituto Hahnemano do Brasil. Médico assistente do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI-UnATI-UERJ).
- ² Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843), médico alemão que formulou os princípios da Homeopatia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARÈDE. Prólogo. In: ELBAZ, J. P. *Tratado de Geriatria Homeopática*. São Paulo: Andrei, 1996. 564p.

CACHIONI, Meire. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: NERI, Anita Liberalesco; DEBERT, Guita Grin (Orgs.) *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 141-178.

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

MICHAUD, J. Ensino superior em homeopatia. In: *Homeopatia clínica*. São Paulo: Andrei Ed. Ltda, 1999. v. 3.

NERI, Anita Liberalesco ; DEBERT, Guita Grin (Orgs.) *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999.

PRADO, Shirley Donizete. *A produção científica sobre envelhecimento humano no Brasil*. 2003. Projeto de tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SAYD, Jane Dutra; FIGUEIREDO, Marcelo Cardoso; VAENA, Michel Luciano H. Toledano. Automedicação na população idosa do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI-UERJ. *Textos sobre Envelhecimento*, ano 3 n. 3, p. 21-34, 1º Semestre, 2000.

ABSTRACT

This work tries to explain some Homeopathy's basic concepts, emphasizing the pillars of its methodological structure and the philosophy of its doctrine. It tries to relate this medical doctrine to the health/illness process and to the elderly's life quality, as it recognizes the possibility of controlling malfunctions and impairments so as to promote a "healthy future". It also emphasizes the evidence of a viable partnership between Homeopathy and Gerontology/Geriatrics from the multidisciplinary viewpoint of taking care of elderly people.

KEYWORDS: Homeopathy; health; illness; life quality; Geriatrics; elderly; ageing

Recebido para publicação em: 04/12/2003

Aprovado em: 05/03/2004

Correspondência para:

Rua General Canabarro, 790

20271-200 – Rio de Janeiro, RJ

Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica

Pain assessment in elderly with Alzheimer's disease: a review

Ana Cristina Costa Augusto¹

Cristina Pazzini da Silva Soares²

Marcos Antonio Resende³

Leani Souza Máximo Pereira⁴

RESUMO

A dor é um sintoma complexo, subjetivo e individual. Com o envelhecimento, assume grande importância devido à sua expressiva prevalência. Os sintomas algícos não identificados e não tratados podem ser desastrosos, afetando o nível funcional, a independência e a qualidade de vida dos idosos. O tratamento adequado da dor somente será alcançado através de uma avaliação apropriada.

Essa deve ser realizada por uma equipe multiprofissional. Em indivíduos portadores da doença de Alzheimer (DA) isso se torna um desafio devido às alterações cognitivas e dificuldades de comunicação verbal, além das mudanças ocasionadas pelo processo do envelhecimento na percepção da dor. O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre a identificação da dor em idosos portadores de DA e possibilitar aos profissionais da saúde a sua abordagem através das suas estratégias terapêuticas existentes.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação; dor; doença de Alzheimer

INTRODUÇÃO

A dor, atualmente, pode ser interpretada como uma evidência de comprometimento da integridade física e/ou emocional do indivíduo, representando uma eficiente via de informação dos diversos segmentos corporais com a consciência. Sintoma particularmente importante em qualquer faixa etária, frequentemente associada ao sofrimento ou ao desconforto, a dor deixou de ser entendida como uma simples sensação para ser, hoje, reconhecida como uma experiência sensorial muito complexa, modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada um.

Porém, com o avançar da idade, a dor assume ainda maior importância devido à sua expressiva prevalência aliada à frequente limitação dela dependente. Manifestações algícas incomuns são frequentes em idosos portadores de

doenças agudas, tais como infarto agudo do miocárdio, muitas vezes indolor. A dor no idoso é, na maioria das vezes, difícil de ser reconhecida e conseqüentemente não é tratada. Estudos epidemiológicos têm mostrado que com o avançar da idade ocorre uma redução da dor em todos os seus sítios, com exceção das articulações. Trabalhos recentes de pesquisa mostram uma diminuição da atividade hiperalgésica induzida por leucócitos mononucleares provenientes de idosos hígidos e administrados em animais de experimentação quando comparada a adultos jovens. A diminuição da interleucina 2, importante mediador inflamatório presente no sangue de idosos, possivelmente contribuiu para esses achados. Além disso, uma abordagem inadequada desse problema pode ter um impacto significativo na qualidade de vida destes idosos levando à depressão, agressividade, isolamento social e diminuição da função.

A abordagem da dor em pacientes idosos e portadores de demência torna-se especialmente complicada. Pacientes vítimas da doença de Alzheimer (DA) mostram uma gradativa deterioração da memória, orientação, estabilidade emocional, fala, pensamento abstrato, habilidades motoras, e, finalmente, do autocuidado. A deterioração motora e cognitiva é acompanhada por uma redução da capacidade comunicativa, o que torna ainda mais difícil detectar a dor nesses pacientes. Vários estudos têm mostrado alterações na manifestação dos sintomas tanto na dor aguda quanto na crônica em pacientes com doença de Alzheimer. Nesses pacientes, o componente sensorio-discriminativo da dor está preservado, enquanto que a tolerância à dor, componente associado ao aspecto afetivo-emocional, sofre alterações significativas.

O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre a avaliação da dor em pacientes portadores de doença de Alzheimer. Foram consultadas as bases de dados Medline e Bireme, utilizando-se *pain*, *discomfort*, *ache*, *dementia* e *Alzheimer's disease* como palavras-chave nos idiomas inglês e português e o tempo de publicação máximo de dez anos como forma de delimitar a busca.

ENVELHECIMENTO E DOR

De acordo com a Associação Internacional de Estudo da Dor, essa é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, as-

sociada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. A dor apresenta componentes sensório-discriminativos, cognitivos e afetivo-motivacionais, tratando-se de uma experiência altamente individual moldada pelo contexto e pela percepção do seu significado. Por isso, a possibilidade de encontrar dificuldades na avaliação dos pacientes idosos é comum.

Com freqüência, as pessoas idosas acreditam que a dor é uma conseqüência inevitável do envelhecimento, à qual se deve resistir sem queixas. A presença da dor pode ser negada por medo dos procedimentos médicos e dos gastos, perda da autonomia e possível institucionalização. Por outro lado, as queixas de dor podem ser usadas para esconder outros comprometimentos funcionais. Além disso, a presença de co-morbidades como depressão, demência e seqüela de acidente vascular cerebral podem dificultar a expressão ou até mesmo, em alguns casos, impossibilitar a comunicação do paciente.

Entre os idosos, a dor crônica representa a principal queixa ambulatorial e o sintoma mais freqüente nas anamneses, ocorrendo em 25-50% dos pacientes. Cerca de 45-80% dos idosos institucionalizados manifestam pelo menos um tipo de dor, sendo que em 34% desses os sintomas são referidos como contínuos. Dentre as patologias que podem estar associadas com a dor crônica destacam-se a osteoartrite, as neuropatias periféricas, a osteoporose e o câncer.

Indivíduos com dor crônica podem apresentar importantes complicações tais como depressão, ansiedade, isolamento social, distúrbios do sono, agitação, agressividade, comprometimento da função cognitiva, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida, levando a dependência em atividades de vida diária e a um maior gasto com serviços de saúde. Além disso, o descondicionamento físico, alterações da marcha, quedas, processo de reabilitação lento, polifarmácia, disfunção cognitiva e desnutrição estão entre as muitas condições geriátricas comuns que podem ser pioradas pela presença e pelo tratamento inadequado da dor. Vários medicamentos utilizados para o tratamento da dor ocasionam como efeitos adversos instabilidade postural, *delirium* e quedas. Para demonstrar a importância da dor como fator de limitação das atividades cotidianas e/ou sociais, estima-se que 75% dos portadores de lombalgia usam pelo

menos um tipo de terapêutica. Desses, 15 a 40% referem limitações das atividades funcionais, e 20% apresentam distúrbios do sono ocasionados pela dor. Além disso, 25% já foram internados pelo menos uma vez por esta causa e 5% foram submetidos a cirurgia de coluna.

DOENÇA DE ALZHEIMER E DOR

É comum a presença de alterações na percepção da dor em pacientes com doença de Alzheimer uma vez que se trata de uma condição incapacitante em que alterações degenerativas afetam as regiões corticais e subcorticais com conseqüente limitação das funções cognitivas e afetivas. A DA é primariamente uma desordem do neocórtex sendo que o córtex somatossensorial está relativamente preservado. Além disso, é pouco provável que os núcleos talâmicos estejam significativamente afetados na DA. Conseqüentemente, espera-se que o componente sensorio-discriminativo da percepção da dor esteja preservado em casos de DA, embora distorções das sensações associadas com a disfunção parietal possam ocorrer. Por outro lado, emoções associadas com a experiência da dor podem ser claramente influenciadas pelas mudanças no cérebro ligadas à DA. A perda neuronal no córtex pré-frontal e nas estruturas límbicas tem implicações óbvias para as reações motivacionais, sensoriais e afetivas relacionadas à dor. Indiferença à dor, desinibição e preservação das respostas emocionais são todas possíveis no contexto de uma desordem cognitiva global, mas variável. Muitos estudos têm demonstrado alterações tanto na dor aguda quanto na crônica em pacientes com DA. Além disso, Benedetti *et al* demonstraram que há uma dissociação na percepção da dor na DA, sendo que enquanto o limiar da dor está inalterado, a tolerância à dor aumenta de acordo com a severidade da doença.

AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor de forma mais detalhada e completa possível é muito importante para uma intervenção terapêutica adequada e, freqüentemente, baseia-se em relatos e na autopercepção do indivíduo. A maneira pela qual um indivíduo relata a dor está relacionada com inúmeros fatores: sexo, idade, personalidade, herança étnica/cultural, necessidades comportamentais e experiências dolorosas pregressas.

A avaliação da dor representa uma síntese das informações derivadas da história do paciente, da entrevista subjetiva, do exame físico objetivo e dos testes especiais. O objetivo da avaliação é esclarecer a causa fundamental da dor e orientar intervenções terapêuticas adequadas. Os pacientes com dor apresentam níveis reduzidos de atividade funcional. Dessa forma, é importante avaliar a função física e o desempenho nas atividades de vida diária. Uma reavaliação contínua da dor é necessária para identificar qualquer alteração no estado físico do paciente e para documentar a resposta ao tratamento.

Em virtude dos vários fatores envolvidos no processo algíco, a avaliação da dor deve ser realizada de maneira sistemática e objetiva e por uma equipe multiprofissional. Na tentativa de documentar de forma mais objetiva a dor dos pacientes, foram desenvolvidos numerosos protocolos de avaliação, alguns deles mais utilizados em pesquisas e na prática clínica serão descritos a seguir.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE DOR

A Escala de Quantificação Verbal talvez seja o instrumento unidimensional mais simples para a mensuração da intensidade da dor. Nesse instrumento é necessário que os pacientes identifiquem a sua dor com uma única palavra descritiva (nenhuma dor, dor branda, moderada, grave ou insuportável). Por possuir um número limitado de categorias de palavras, essa escala apresenta como principal limitação uma baixa sensibilidade para detectar pequenas alterações na intensidade da dor.

Na Escala de Quantificação Numérica, os pacientes quantificam a gravidade de suas dores em uma escala de 0 a 10 ou de 0 a 100. Nessa escala, zero indica ausência de dor, e os pontos finais de 10 ou 100 representam a pior dor possível. É essencial que o paciente compreenda as definições relacionadas a esses pontos terminais. Essa escala é de fácil compreensão e o formato de 0 a 10 tem menor sensibilidade que seu congênera de 0 a 100.

A Escala Análoga Visual de Dor consiste em uma linha de 10 centímetros com âncoras verbais típicas de “ausência de dor” à esquerda e “a

pior dor possível” à direita, quando a escala é orientada no plano horizontal. Os pacientes colocam um marco vertical em um ponto da linha que corresponde à gravidade de sua dor. Essa escala também pode ser utilizada no formato de um “termômetro da dor”, conforme proposto por Brodie em 1940, podendo ser mais eficaz para alguns pacientes idosos.

A Escala Análoga de Cores foi elaborada para avaliar de forma não verbal a intensidade da dor, sendo utilizada em alguns estudos para a avaliação da dor em idosos. As várias posições da escala são marcadas por tons de vermelho progressivamente mais escuros que facilitam a seleção pelo sujeito de uma posição que melhor identifique a intensidade da sua dor. O escore do sujeito é o valor numérico no verso da escala que coincide com a posição escolhida.

A Escala de Dor de Faces mensura primariamente a intensidade da dor e, em uma menor extensão, seus componentes afetivos. Essa escala consiste no desenho de sete faces alinhadas sendo uma face neutra e as outras seis correspondendo a sensações de dor crescentes. As faces são ordenadas de 0 a 6, da esquerda para a direita. Os sujeitos podem definir suas sensações como “sem dor” (escore 0) até “a mais grave dor” (escore 6). Esse instrumento possui boa confiabilidade e validade, embora ainda não tenha sido testado em idosos com demência grave. Outra proposta que utiliza desenhos de faces é a *Facial Affective Scale* (FAS) que avalia os componentes afetivos da dor. Inclui o desenho de nove faces em uma linha variando da expressão muito feliz (sem dor) até a com muita dor (dor mais grave). A escala original possui faces com dois centímetros de tamanho, mas para o uso em idosos têm sido aumentadas para quatro centímetros. No verso da escala são impressos valores numéricos variando de 0,04 (muito feliz, sem dor) a 0,97 (muita dor, dor mais grave). O escore obtido pelo sujeito é o valor numérico no verso das faces.

O Questionário de Dor de McGill, proposto por Melzack e McGill em 1975, é, provavelmente, o mais conhecido dos instrumentos multidimensionais para medir a dor. São registrados, nesse questionário, a localização da dor, a sua intensidade e o seu comportamento através de três partes: *pain rating index*, uma escala de descrição verbal e *present pain intensity*. Apresenta confiabilidade e validade boas. Embora confiável, esse instrumento é complexo e demanda muito tempo para ser aplicado em

pacientes com idade muito avançada e com outros fatores associados. Em virtude disso, diversos estudos utilizaram apenas partes desse questionário. Em 1996, Pimenta e Teixeira adaptaram o questionário para a língua portuguesa em 57 pacientes portadores de dor crônica com uma média de idade de 50.1 anos, não temos ainda a sua validação para idosos.

O OLD CART foi sugerido por Rousseau em 1996 para a avaliação da dor no idoso. Esse instrumento avalia o início (*Onset*), a localização (*Location*), a duração (*Duration*), as características (*Character*), os fatores agravantes (*Aggravating factors*) e atenuantes (*Relieving factors*) da dor, bem como os tratamentos aplicados (*Treatments taken*).

A *Minimum Data Set* é uma avaliação que reflete a dor vivenciada pelo paciente na semana anterior ao teste. Nessa escala há dois itens que medem a frequência e a intensidade da dor em uma escala Likert de três pontos com descritores verbais. É frequentemente utilizada em instituições para monitorar o bem-estar dos idosos institucionalizados e dar informações para o desenvolvimento de planos de cuidados.

O *Proxy Pain Questionary* (PPQ) consiste em uma avaliação de três itens que avaliam a presença, a frequência e a intensidade da dor. O primeiro item possui perguntas com o formato “sim” ou “não”, e os dois outros itens são graduados em uma escala horizontal Likert de 13 pontos, ligada à descrição verbal. O PPQ é administrado através de uma entrevista.

A Escala Funcional de Dor é um instrumento válido e sensível a mudanças no nível de dor em idosos. Essa escala possui três níveis de avaliação: um componente numérico (0-5), um descritivo da dor (sem dor a dor intolerável) e um funcional (sem limitações a incapaz de se comunicar verbalmente devido à dor). A dor pode ser relatada como “ausente” (escore 0), “tolerável” (escores 1 ou 2) ou “intolerável” (escores 3, 4 ou 5). O componente funcional torna o instrumento mais sensível a mudanças na dor, e a correlação entre esse componente e o numérico permite que seja feita uma avaliação mais precisa do paciente.

Somente três instrumentos específicos para a avaliação da dor na DA foram propostos pela literatura pesquisada: *Assessment Discomfort Dementia* (ADD) *Discomfort Scale for Dementia of Alzheimer Type* (DS-DAT) e *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD).

O protocolo *Assessment Discomfort Dementia* foi desenvolvido para ser usado em pacientes nos estágios intermediários e finais de demência impossibilitados de comunicação. Trata-se de um método sistemático para a avaliação e a elaboração do plano de tratamento, sendo indicado quando há sinais ou sintomas de possível desconforto físico ou afetivo. Nesse instrumento, propõe-se a investigação de causas físicas e o seu alívio, o uso de intervenções não farmacológicas, de analgésicos não opióides e o uso de agentes opióides. Essas intervenções são utilizadas, nessa ordem, na tentativa de reduzir a dor ou o desconforto do paciente.

A *Discomfort Scale for Dementia of Alzheimer Type* é usada para medir o desconforto em pacientes incapazes de se comunicar verbalmente com DA avançada, sendo composta por nove itens que permitem a quantificação de atitudes não verbais como vocalizações, expressões faciais e posturas corporais preditivas de desconforto após cinco minutos de observação do paciente. Apesar de possuir boa validade e confiabilidade, a avaliação do desconforto, e não especificamente da dor, é uma limitação significativa desse instrumento.

A *Pain Assessment in Advanced Dementia* é composta por cinco itens: padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e necessidade de consolo. Os escores variam de 0 (ausência de dor) a 10 (dor máxima), sendo que cada item da escala pode ser quantificado de 0 a 2.

AValiação da Dor em Portadores da Doença de Alzheimer

Linguagem e habilidades cognitivas são necessárias ao paciente para responder a grande maioria dos protocolos de avaliação da dor tais como o questionário de dor de McGill, o *OLD CART*, a escala análoga visual e a escala de descrição verbal, alguns dos mais comumente utilizados.

Em portadores de demência, a avaliação da dor torna-se ainda mais difícil já que esses idosos podem ser incapazes de relatar a dor devido à perda de memória, dificuldades de concentração e confusão mental. Esses problemas cognitivos podem dificultar a identificação, a antecipação

e a articulação das sensações dolorosas, bem como a avaliação da eficácia do tratamento proposto. Estratégias especiais tornam-se necessárias para contornar não só esses fatores, como também o desinteresse em fornecer dados precisos e o falso conceito de que a dor é uma consequência da idade.

Ao comparar a utilização combinada de três escalas de avaliação de dor (escala análoga visual, escala de faces e escala de descrição verbal) com a simples questão "Você sente dor?", para identificar a presença de dor em idosos institucionalizados, Kamel *et al* encontraram uma maior frequência de diagnóstico de dor no grupo em que foram utilizadas as escalas. Os idosos portadores de demência relataram uma frequência menor de dor do que aqueles sem demência. Além disso, o uso das escalas aumentou a frequência do diagnóstico de dor entre os idosos com mais de 85 anos. Entre os portadores de demência, houve uma frequência similar de diagnóstico usando tanto as escalas quanto a pergunta dicotômica "Você sente dor?".

No estudo realizado por Brummel-Smith *et al*, em que as escalas de faces e de descrição verbal foram aplicadas em idosos portadores de demência, os resultados mostraram que 53% dos sujeitos dementes foram capazes de completar as duas escalas e que 62% conseguiram completar somente a escala de dor verbal, reforçando as alterações no componente afetivo-emocional necessário para o reconhecimento das várias expressões faciais.

Estudos recentes têm relatado que 25% dos pacientes institucionalizados que relataram dor diária não estavam recebendo nenhuma medicação para o seu alívio. Alterações cognitivas parecem aumentar significativamente o risco de não receber medicamentos analgésicos. A demência também pode afetar a habilidade de pessoas idosas relatarem a dor e a confiança com a qual os médicos aceitam seus relatos. Embora pesquisas relatem que idosos com comprometimento leve a moderado podem fornecer relatos válidos de dor, sendo muitas vezes considerada a forma mais confiável de avaliar a dor nesses indivíduos, não é claro a partir de qual nível de comprometimento cognitivo a validade dos auto-relatos torna-se questionável.

Ferrel et al utilizaram o questionário de dor de McGill e quatro escalas unidimensionais de dor (a *memorial pain card subscale* – um tipo de escala de quantificação verbal, a escala análoga visual, a escala verbal e a *rand coop chart* – um tipo de escala de faces) para avaliar a dor em 217 idosos institucionalizados com alterações cognitivas e dependência funcional. A maioria dos sujeitos (87%) foi capaz de completar pelo menos uma das escalas, sendo que o mais alto índice de preenchimento foi observado para a *present pain intensity scale* do questionário de dor de McGill (65%), em que as perguntas foram feitas pelo examinador, seguida pela *memorial pain card subscale* (59%) e pelo *coop chart* (57%). Os sujeitos apresentaram mais dificuldades com a escala verbal e uma alta proporção dos pacientes foi incapaz de completar a escala análoga visual devido à incapacidade de seguir os comandos ou segurar um lápis. Somente cerca de um terço dos pacientes (32%) foi capaz de completar todas as quatro escalas. Dezessete por cento dos pacientes foram incapazes de completar pelo menos uma das escalas, apesar de terem respondido adequadamente às questões de “sim” ou “não” sobre a presença de dor durante a entrevista e o questionário de dor.

No estudo de Scherder e Bourn foram utilizadas três escalas análogas visuais para avaliar a dor em três grupos de idosos (sem demência, em estágios iniciais e em estágios moderados de demência). A escala com melhor compreensão foi a escala análoga de cores, com 100% dos indivíduos não dementes e em estágios iniciais de DA e 80% dos indivíduos em estágios intermediário da DA conseguindo compreendê-la. Seguida da escala de dor de faces, que foi compreendida por 100%, 60% e 30% dos indivíduos, respectivamente. A *facial affective scale* mostrou ser a menos efetiva, com 25% dos indivíduos sem demência, 50% dos sujeitos em fase inicial e em estágio intermediário da doença interpretando-a de forma incorreta.

Pacientes idosos com déficits cognitivos de grau leve a moderado freqüentemente requerem tempo para assimilar e responder às questões sobre dor, e aqueles com alterações cognitivas graves ou com dores severas freqüentemente têm diminuição da capacidade de atenção e distraem-se facilmente. Além disso, ao avaliar a dor em pacientes com alterações cognitivas, é importante que o avaliador esteja consciente da presença de

anormalidades sensoriais (alterações visuais e/ou auditivas) que podem influenciar a aplicabilidade e a confiabilidade dos instrumentos. Podem ser necessárias adaptações como aumento do tamanho da impressão das letras para otimizar seu uso. A aplicação desses testes deve ser feita em ambientes iluminados e sem estímulos que possam distrair o paciente.

Quando os sujeitos são muito comprometidos cognitivamente, a confiabilidade dos relatos verbais diminui consideravelmente e há uma falta de instrumentos de avaliação da dor. Instrumentos de avaliação comumente usados em idosos, tais como escalas numéricas e qualitativas e o termômetro da dor, tornam-se pouco confiáveis e não são aplicáveis em pacientes em estágios avançados de demência. Nesses casos, a observação do comportamento do paciente frente à dor aparece como uma técnica interessante e confiável. Familiares, cuidadores e profissionais, ao se familiarizarem com o comportamento do paciente, aumentam sua confiança em “pistas” não verbais apresentadas por ele. A obtenção de informações através de outras fontes, que não as informações prestadas pelos próprios pacientes, torna-se um procedimento inevitável. Sinais e sintomas comuns em pessoas com estágios finais de demência que experimentam desconforto físico ou emocional são: aumento da agitação, inquietação, movimentos repetitivos, músculos tensos, verbalizações repetitivas, diminuição da cognição e da habilidade funcional, mudanças no padrão de sono, quedas e aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e da sudorese.

A *American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in Older Persons* (1998) identifica o problema da avaliação da dor em indivíduos com alterações cognitivas e sugere que o comportamento não verbal, vocalizações, mudanças na função e os relatos dos cuidadores sejam usados para avaliar a dor.

O estudo realizado por Werner *et al* comparou informações a respeito da dor fornecidas por familiares, enfermeiros e pelos próprios pacientes. Ao observar a concordância entre os diferentes informantes, concluiu-se que os familiares de pacientes capazes de fornecer informações relataram mais dor que os familiares de indivíduos incapazes de comunicação verbal. Na comparação entre os três grupos, os familiares relataram os percentuais mais elevados de dor, refletindo uma possível interpretação

equivocada dos sinais de dor. No grupo de pacientes sem alterações cognitivas, ou com alterações leves, os enfermeiros e os próprios pacientes reportaram percentuais semelhantes de dor, possivelmente devido ao fato desses profissionais serem mais treinados na identificação dos sinais de dor. No grupo de pacientes com alterações cognitivas graves, a concordância das informações dos familiares, enfermeiros e pacientes foi muito pequena.

Ao investigar a associação entre os relatos de dor dos cuidadores através do *proxy pain questionnaire*, os relatos de dor do *minimum data set* e o uso de medicamentos analgésicos em idosos institucionalizados portadores de demência, Fisher *et al* encontraram em seus resultados que os relatos dos cuidadores através do *proxy pain questionnaire* foram uma medida mais sensível da dor que o *minimum data set*.

Nos estudos realizados por Manfredi *et al* e Hadjistavropoulos *et al*, concluiu-se que observações clínicas, tais como as expressões faciais e vocalizações dos pacientes, são medidas úteis para detectar a presença de dor em indivíduos incapazes de se comunicar verbalmente, apesar não serem efetivas na sua quantificação.

Nos estudos realizados por Kovach *et al*, o protocolo *Assessment of Discomfort in Dementia (ADD)* foi utilizado para avaliar a dor em idosos institucionalizados em estágios finais de demência. O seu uso foi associado a uma diminuição do desconforto, a um aumento do uso de analgésicos e de intervenções não farmacológicas e à diminuição do uso inapropriado de psicotrópicos que muitas vezes dificultam a avaliação da dor por inibir a manifestação dos seus sinais e sintomas sem aliviá-la. Os principais sinais e sintomas associados ao desconforto foram: expressão de tristeza, tensão corporal, vocalizações negativas e constantes. Nos dois estudos, as equipes relataram que o uso do protocolo definiu as estratégias e os passos a serem seguidos para a avaliação e o tratamento da dor nesses pacientes.

CONCLUSÃO

A avaliação da dor no idoso é uma tarefa complexa que deve ser realizada por uma equipe multiprofissional. Apesar da existência de várias

escalas para avaliação da dor, a escolha de qual delas usar deve ser criteriosa, dentro da especificidade e individualidade do caso. Achados na literatura mostram que elas são mais confiáveis em pacientes capazes de se comunicar verbalmente, ou seja, nos estágios iniciais e intermediários de demência. Em estágios finais, observações clínicas comportamentais tais como a expressão facial, a linguagem corporal e vocalizações são mais confiáveis para a detecção da dor.

Além disso, apenas a escala análoga visual de dor e o questionário de dor de McGill foram adaptados e validados para a população brasileira, mas não para idosos, o que evidencia a necessidade de estudos para aprimorar não só o conhecimento sobre a avaliação da dor na população brasileira, como também em idosos portadores da doença de Alzheimer.

NOTAS

- ¹ Aluna do curso de especialização em Fisioterapia – área de ênfase Geriatria e Gerontologia – do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: anacristina-costa@bol.com.br
- ² Aluna do curso de especialização em Fisioterapia – área de ênfase Geriatria e Gerontologia – do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais E-mail: cristinapazzini@hotmail.com
- ³ Marcos Antonio Resende, PhD. Professor adjunto do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais
- ⁴ Leani Souza Máximo Pereira, PhD. Professora adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARR, J.O. Controle conservador da dor no paciente idoso. In: GUCCIONE, A.A. *Fisioterapia Geriátrica*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 333-356.
- BENEDETTI, F. et al. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*, v. 80, p. 377-382, 1999.
- BRUMMEL-SMITH, K. et al. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 50, p. 1847-1851, 2002.
- BUFFUM, M.D. et al. A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatric Nursing*, v. 22, p.80-85, 2001.

- CHIBA, T. Dor e tratamento. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 718-731.
- COOK, A.K.R.; NIVEN, C.A.; DOWNS, M.G. Assessing the pain of people with cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 14, p.421-425, 1999.
- FARRELL, M.J.; KATZ, B.; HELME, R.D. The impact of dementia on the pain experience. *Pain*, v.67, p.7-15, 1996.
- FERRELL, B.A.; FERRELL, B.R.; FAAN, L.R. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 10, p. 591-598, 1995.
- FISHER, S.E. et al. Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents: association of certified nursing assistant pain report, minimum data set pain report, and analgesic medication use. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 50, p. 152-156, 2002.
- GABRE, P.; SJOQUIST, K. Experience and assessment of pain in individuals with cognitive impairments. *Spec Care Dentist*, v. 22, n. 5, p. 174-180, 2002.
- GLOTH III, F.M. Geriatric pain. Factors that limit pain relief and increase complications. *Geriatrics*, v.55, n.10, p. 46-54, 2000.
- HADJISTAVROPOULOS, T. et al. Using facial expressions to assess musculoskeletal pain in older persons. *European Journal of Pain*, v.6, p. 179-187, 2002.
- HURLEY, A.C. et al. Assessment in advanced Alzheimer patients. *Res Nurs Health*, v.15, p.369-377, 1992.
- JACOB FILHO, W.; MAGALDI, R.M.; CHIAMOLERA M. Características da dor no idoso. In: JACOB FILHO, W. *Promoção da saúde do idoso*. São Paulo: Lemos, 1998. p.102-110.
- KAMEL, H.K. et al. Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, v.21, p. 450-455, 2001.
- KOVACH, C.R. et al. Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, v.18, n.6, p. 412-419, 1999.
- KOVACH, C.R. et al. Use of the assessment of discomfort in dementia protocol. *Applied Nursing Research*, v.14, p. 193-200, 2001.
- LANE, P. et al. A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. *Home Healthcare Nurse*, v.21, n.1, p. 32-37, 2003.

- MANFREDI, P.L. et al. Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, v.25, n.1, p.48-52, 2003.
- MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, v.1, p.277-299, 1975.
- PEREIRA, L.S.M. Avaliação pelo fisioterapeuta. In: MACIEL, A. *Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 43-86.
- PEREIRA, L.S.M. *Influência do envelhecimento sobre o efeito hiperalérgico e edematogênico induzido pelo sobrenadante de leucócitos mononucleares de animais de experimentação e de humanos*. Tese (doutorado). Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
- PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor de McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.30, p.473-483, 1996.
- PORTER, F.L. et al. Dementia and response to pain in the elderly. *Pain* v.68, p.413-421, 1996.
- ROUSSEAU, P. Pain management in the elderly population. *Annual Meeting of American Geriatrics Society*. Chicago, may 2, 1996.
- SCHERDER, E.J.A.; BOUMA, A. Visual analogue scale for pain assessment in Alzheimer's disease. *Gerontology*, v. 46, p.47-53, 2000.
- WEINER, D.; PETERSON, B.; KEEFE, F. Evaluating persistent pain in long term care residents: what role for pain maps? *Pain*, v.76, p.249-257, 1998.
- WERNER, P. et al. Pain in participants of adult day care centers: assessment by different raters. *J Pain Symptom Manage*, v.15, n.1, p. 8-17, 1998.

*ABSTRACT*

Pain is a complex symptom and its assessment quite often relies on a person's verbal subjective self-report. Among elderly, pain has an important significance due to its high prevalence and implications on functional status. The outcomes of unidentified, untreated pain can be disastrous for the older population, affecting the independence, functioning and the quality of life. The effective approach to pain requires an appropriate and systematic assessment and it should be done by a multiprofessional group. In patients with Alzheimer's disease, that has become a challenge for the professionals. People with advanced dementia cannot verbalize their pain or distress due to cognitive decline and they might have altered pain perception. The primary goal of this study is to carry out a review about pain and its assessment in elderly with Alzheimer's disease.

KEYWORDS: pain; test; Alzheimer's disease

Recebido para publicação em: 12/04/2004
Aprovado em: 26/05/2004
Correspondência para:
Leani Souza Máximo Pereira
Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Antônio Carlos, 6627 - Campus Pampulha
Unidade Administrativa II, 3º andar
31270-010 - Belo Horizonte, MG
E-mail: leanismp.bh@zaz.com.br

*Doença pulmonar obstrutiva crônica no idoso: relato de caso**

Chronic obstructive pulmonary disease in elder: case report

Luciana Carnevalli Pereira¹

Elisabeth Frohlich Mercadante²

RESUMO

Esta dissertação acompanha os caminhos seguidos pelo paciente idoso no hospital. Por meio de um estudo de caso pude compreender o significado que os idosos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) atribuem ao tratamento fisioterápico e ao *locus* hospitalar. Utilizei para a consecução desse objetivo a estratégia metodológica qualitativa, interrogando seis idosos que vivenciam a fisioterapia enquanto processo de reabilitação. Elegi a entrevista como forma de compreender essas experiências e sentimentos, registrando os depoimentos conforme as técnicas que norteiam a análise do conteúdo. A participação ativa dos idosos no grupo de reabilitação auxiliou na consolidação de mudanças essenciais, no autoconceito, na ampliação das habilidades em lidar com sua doença. Tais transformações resultaram em um novo modo de compreender a própria velhice como um momento de vida a ser vivido, mais prazerosamente modificando conceitos estereotipados sobre o que é ser velho e velho doente.

Desvelou-se também que, para essas transformações ocorrerem, é necessária uma ação profissional que possibilite ao idoso envolver-se consigo mesmo, o que parece se dar especialmente a partir do modo como o fisioterapeuta se relaciona com ele no *locus* hospitalar – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE: idoso; pneumopatias obstrutivas; serviço hospitalar de fisioterapia; relações profissional-paciente; São Paulo.

INTRODUÇÃO

Dentre as várias questões inerentes ao fenômeno do envelhecimento populacional que ocorre no mundo, a mais importante, segundo Spirduso (1989), é se o ciclo de vida aumentado é passível de ser vivido com qualidade, ou será apenas aumento de um período de estados patológicos e de morbidades que precede a morte.

No Brasil, além das transformações demográficas, evidencia-se uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro da morbidade. Tal reconhecimento aponta para uma nova forma de “olhar” e “cuidar” da população, em especial da população idosa.

Essa mudança no perfil da morbimortalidade faz com que o cenário caracterizado por uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas (responsáveis por 40% do total de óbitos em 1950 e por 10% em 1980) transforme-se em um outro panorama, no qual predominam os agravos crônicos (em 1950, 12% dos óbitos, elevando-se para 40% em 1980), características de uma população mais envelhecida (Veras, 1994).

A duração do período de morbidade tem implicações sociais, pessoais e médicas de amplas dimensões. Para o indivíduo, tal período vivido por um prazo longo representa sofrimento físico e psicológico e possibilidades de dificuldades financeiras muito sérias. Para a sociedade, ter um contingente com um número maior de indivíduos atingindo o limite do ciclo de vida nessas condições pode representar sua falência, devido aos altos custos com os serviços de saúde e sociais (Okuma, 1997).

É sabido que os idosos consomem mais os serviços de saúde, que suas taxas de internação são bem mais elevadas quando comparadas a qualquer outro grupo etário e que o tempo médio de ocupação do leito é três vezes maior. A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento se dê em estágio avançado no hospital, aumentando os custos e diminuindo as probabilidades de um prognóstico favorável. Os problemas de saúde nos mais velhos são crônicos e múltiplos, perduram por vários anos, requerendo pessoal qualificado e equipe multidisciplinar (Gordilho et al., 2000).

As doenças crônicas não-transmissíveis representam atualmente um importante problema de saúde pública, em quadro sanitário, em que se combinam as doenças ligadas à pobreza típica dos países em desenvolvimento e as doenças não transmissíveis dos países mais ricos, refletindo as contradições do nosso processo de desenvolvimento.

O Brasil possui um sistema de saúde desorganizado ante as necessidades desse segmento populacional, com baixa resolubilidade, pouco adequado para enfrentar os problemas de saúde dos idosos agravados pela dificuldade de acesso aos serviços, pelo preconceito e pela desinformação da sociedade e dos profissionais da saúde em lidar com as situações inerentes ao processo de envelhecimento.

A velhice não é só um fenômeno biológico, mas também um fato social que não deve permitir a fragmentação e a descontinuidade das atenções que lhe são devidas. Segundo Salgado (1980), não é razoável que tantos esforços sejam feitos para prolongar a vida humana, se não forem dadas condições adequadas para vivê-la.

Nessa perspectiva, o envelhecimento nos aponta a necessidade de estarmos atentos à questão da saúde, que não significa apenas ausência de doenças, mas a decorrência da manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Na fisioterapia, quando meu interesse estava centrado na questão dos programas de reabilitação destinados ao idoso da Santa Casa, eu pude perceber a crescente procura desse serviço cujas dimensões extrapolaram a área inicial da fisioterapia e determinaram a necessidade de interlocução com outras disciplinas.

A questão da reabilitação do idoso fundamentiza uma relação imbricada no duplo sentido das limitações físicas que parece ir muito mais além de um problema de ordem física. Sua repercussão perpassa por questões intrínsecas que exigem sempre uma interpretação que ultrapasse o corpo individual e que transcenda sua etiologia específica.

Diante dessas colocações, este trabalho procura estudar questões relativas ao impacto causado pela doença crônica nos idosos e desvelar o significado que eles atribuem ao seu tratamento e ao *locus* hospitalar onde o contato e o vínculo social se estabelecem.

Considerando que o envelhecimento se serve de diferentes ramos da ciência para sua explicação e compreensão, e seja qual for a abordagem que se empregue, ao se olhar para um indivíduo em envelhecimento, observa-se um contexto de difícil delimitação. Esse processo envolve as dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais e estéticas, e transcende a forma de observação científica e técnica em que a fragmentação do objeto – que isola ou arranca do contexto original – não pode explicar a integridade de suas características (Martins de Sá, 1998).

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

O ato de respirar, que se repete cerca de 20.000 vezes por dia, deve passar despercebido. Essa atividade automática, voluntariamente modulável quando conveniente, participa ainda da fala, e a comunicação verbal não pode ser limitada por deficiências respiratórias, pois, quando isso acontece, o ser humano torna-se dolorosamente consciente da respiração (Paschoal e Pereira, 2001).

A DPOC traz grande prejuízo à respiração e de vários modos diferentes. A compreensão dos efeitos desses prejuízos no restante do corpo fica muito difícil se não se considerar a grande heterogeneidade dos indivíduos rotulados como portadores de DPOC.

A Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD), criada com a colaboração do Instituto Nacional Norte-Americano do Coração, Pulmão e Sangue (NHLBI) em 1998, e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) em 2000, relata que a DPOC é um problema de saúde pública⁴. Ela é a quarta causa principal de morbidade e mortalidade crônica nos Estados Unidos e há previsão de que assumirá a quinta posição em 2020 como uma doença de impacto global (GOLD, 2002).

EPIDEMIOLOGIA

A maioria das informações disponíveis sobre prevalência, morbidade e mortalidade da DPOC é proveniente de países desenvolvidos. Mesmo nesses países, dados epidemiológicos precisos sobre a DPOC são caros e difíceis de se coletarem. Os dados sobre a prevalência e a morbidade subestimam enormemente o impacto total da DPOC, pois geralmente a doença não é diagnosticada até que ela esteja clinicamente aparente e moderadamente avançada. As definições imprecisas e variáveis da DPOC dificultam a qualificação da morbidade e da mortalidade dessa doença em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Pride *et al.*, 1989).

A prevalência mundial da DPOC em 1990 foi estimada em 9,34/1.000 em homens e 7,33/1.000 em mulheres. Contudo, tais estimativas incluem todas as faixas etárias e subestimam sua verdadeira prevalência em adultos de idade mais avançada, a qual é mais alta em países onde o

consumo de cigarro foi, ou ainda é, muito comum, ao passo que é mais baixa em países onde o fumo é menos comum ou o consumo total de tabaco por indivíduo é baixo (GOLD, 2002).

No Brasil, os dados do Ministério da Saúde estimam a prevalência do tabagismo em torno de 32% da população em geral. Assim sendo, se considerarmos a população do Brasil em 160.000.000 de habitantes e sabendo-se que 15% dos fumantes desenvolvem DPOC clinicamente significativa, teremos aproximadamente sete milhões e meio de pacientes com essa doença, correspondendo a aproximadamente 5% da população em geral (Oliveira et al., 2000).

Entre a população latino-americana, as taxas gerais de mortalidade estão diminuindo. Porém, os óbitos por doenças crônicas, como a DPOC, e por acidentes, aumentaram em média 30% nos últimos 10 anos. Observa-se que a mortalidade cardiovascular (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral etc.) está diminuindo em praticamente todas as regiões latino-americanas, mas os óbitos por DPOC permanecem em linha ascendente em quase todos os países, gerando preocupações sobretudo nas áreas de saúde pública (Gonzalez, 2000).

MORBIDADE

Os dados limitados que se encontram disponíveis indicam que a morbidade causada pela DPOC aumenta com a idade e é maior em homens do que em mulheres (NHLBI, 1998). Ela é responsável por uma parte significativa das visitas a médicos e a setores de emergência e das hospitalizações.

MORTALIDADE

Segundo a OMS, até 1978 se reconhecia o peso das DPOC como importante causa de morte na Europa e também como responsáveis por taxas elevadas de absenteísmo ao trabalho e de incapacidade temporária ou permanente (Lessa, 1998).

Os dados sobre a mortalidade também subestimam a DPOC como causa de morte, pois a doença é mais provável de ser citada como uma causa que contribui para a morte do que como fundamental a ela, ou pode não ser citada de modo algum (Mannino *et al.*, 1997).

Atualmente, a DPOC é a quarta causa principal de morte no mundo, e aumentos na prevalência e mortalidade da doença podem ser previstos nas próximas décadas (Murray e Lopes, 1996a e 1996b). Nos EUA, as taxas de morte por DPOC são muito baixas entre os indivíduos com idade inferior a 45 anos, mas, a partir de então, aumentam com a idade, e a DPOC torna-se a quarta ou quinta causa de morte entre aqueles com mais de 45 anos (NHLBI, 1998).

No Brasil, apesar da baixa proporção de óbitos pela DPOC (pelo menos como causa básica), as doenças do aparelho respiratório, incluídas no Código Internacional de Doenças (CID), são sempre a primeira causa de hospitalização (Assis, 1990 *apud* Lessa, 1998).

IMPACTO SOCIAL E ECONÔMICO DA DPOC

Em um estudo realizado no Serviço de Clínica Médica do Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro em 50 pacientes com DPOC, (Corrêa *et al.* 1994), puderam concluir que os pacientes permaneceram internados na enfermaria em média por 20,4 dias, a um custo diário de US\$ 153,75. Desses, nove ficaram internados em unidade de terapia intensiva (UTI), permanecendo, em média, por 11,8 dias, com um custo total de US\$235.203,79. Dessa maneira, concluíram que o custo médio da internação de um paciente com DPOC em um hospital público, no Brasil, é de US\$ 4.704,08.

O Impacto Global do Estudo da Doença estimou a fração de mortalidade e incapacidade atribuível às principais doenças e aos ferimentos usando uma medida composta do impacto de cada problema de saúde, dos Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*Disability-Adjusted Life Year - DALY*, ou seja, a soma de anos perdidos devido à mortalidade prematura e de anos de vida vividos com incapacidade, ajustados à gravidade de incapacidade). De acordo com as projeções, a DPOC será a quinta causa

principal de perda de DALY no mundo em 2020 (em 1990 ela chegou à 12ª posição), atrás da doença cardíaca isquêmica, da depressão grave, dos acidentes de trânsito e da doença cerebrovascular.

METODOLOGIA

Para proceder ao estudo do significado que os idosos portadores de DPOC atribuem ao seu tratamento e ao locus hospitalar, foi escolhida a entrevista não-estruturada, como um dos métodos de pesquisa qualitativa que, segundo Thiollent (1987), a enfatiza como um recurso capaz de auxiliar a captação de informação mais “profunda” ou menos “censurada”. É favorecido o conteúdo efetivo, capaz de comunicar os modelos culturais e a vivência individual.

Caminhei de outro modo na condução da pesquisa. Não tratei de dados que poderiam ser comprovados estatisticamente e de protocolos previamente validados. Escolhi o registro dos depoimentos, permeados pela relação estabelecida entre pesquisador e pesquisado no mesmo momento da entrevista. Dessa forma, aquilo que se passava entre entrevistador e entrevistado foi também tomado como “material” de pesquisa.

Considerarei essa etapa uma fase exploratória e, como diz Minayo (1998), essa é tão importante que pode em si ser considerada uma pesquisa exploratória. No início de minha trajetória escolhi o tópico de minha investigação, delimito o problema, defino o objeto e os objetivos, construindo o marco teórico conceitual e os instrumentos para a coleta dos dados.

Busquei elementos que me indicassem os movimentos do/no hospital; como o tratamento da DPOC é evidenciado e seus vínculos de dependência. Conte sobre os idosos; como se sentem, como são afetados pelos movimentos dos que estão com eles dividindo esse espaço. Acompanhei seus incômodos, sofrimentos, conflitos, alegrias e conquistas.

Como sujeitos da pesquisa, foram selecionados seis idosos portadores de DPOC, sendo dois do sexo masculino e quatro do feminino, usuários há pelo menos um ano do programa de reabilitação fisioterapêutica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A idade cronológica variou entre 60 e 77 anos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, respeitando as construções das frases, os erros gramaticais, as pausas ocorridas durante a fala. Cada entrevistado foi identificado pelo sexo e a idade, a fim de preservar o anonimato e garantir o contrato firmado mediante o termo de consentimento por eles assinados e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Segundo Beauvoir (1990), há uma relação de reciprocidade entre a velhice e a doença. Esta última acelera a senilidade, e a idade avançada predispõe a perturbações patológicas, particularmente aos processos degenerativos que a caracterizam. É muito raro encontrar o que poderíamos chamar de velhice no seu estado puro. As pessoas idosas são acometidas de uma polipatologia crônica.

O diabete, graças a Deus, eu trago controlado[...]. A bronquite, que mais me incomoda, agora está controlada. Eu sentia muitas dores no joelho[...] eu caí duas vezes[...]. Agora eu comecei a ficar surda. (Mulher, 75 anos)

O impacto causado pelas manifestações da doença observadas nos entrevistados se estende do mal-estar físico, procura pelo isolamento, perda de auto-estima, depressão, até a ruptura do convívio familiar e social.

Eu achava que as pessoas não gostavam mais de mim [...] assim como eu tinha nojo de mim, as pessoas também tinham que ter, né? [...] eu me sentia a última das pessoas. Eu me sentia um lixo pra dizer a bem da verdade” (Mulher, 77 anos)

A hospitalização é um evento comum na vida desses idosos portadores de DPOC. Seus efeitos negativos se estendem da privação de sua intimidade a todos os transtornos que ela determina: medo do desconhecido, sensação de culpa, punição, limitação de atividades, aparecimento ou intensificação do sofrimento físico.

[...] me deu parada cardíaca que eu caí na porta do PS.[...] quando eu acordei eu tava peladona, sem saber onde eu estava, toda amarrada, com aquele tubo na boca, tudo que eu tinha direito e quando eu me vi pelada, a equipe ali do lado, ai que vergonha! (Mulher, 66 anos)

O início insidioso da DPOC geralmente sujeita o indivíduo a evolução de deterioração lenta, em vez de um evento catastrófico súbito, que supere seus recursos mentais. Todavia, o desequilíbrio psicológico é comumente observado. O estado de ansiedade definido como tensão inexplicada, assustabilidade, tremor e uma sensação de desastre iminente, relaciona-se principalmente à intensa dispnéia, queixa mais comum dos pacientes que sofrem da DPOC. É um medo estreitamente associado de sufocação e morte (Bernik, 1981).

*Quando eu fico ruim, eu acho que ta sempre chegando o meu fim [...].
(Homem, 60 anos)*

O mais comum ao nos deparamos com as doenças é ficarmos horrorizados com a devastação causada por elas, mas por vezes também podemos vê-las como criativas – já que se por um lado destroem caminhos, por outro elas podem reconstruí-los de maneiras diferentes, incitando os seres a um inesperado crescimento e evolução.

*Eu fico pensando, quando começou esse problema, eu quis fazer muita coisa, eu quis trabalhar na igreja como voluntária, tinha desejo de trabalhar em algum lugar como voluntária, aquele desejo de fazer as coisas. [...] gosto de ajudar, às vezes, eu pego a velharada lá do prédio, tem muitas pessoas de idade, né? [...] eu trago no médico da Santa Casa, boto no táxi, passo horas e horas aqui e levo de volta.
(Mulher, 68 anos)*

Parafraseando o neurologista Oliver Sacks, em seu livro “Um antropólogo em Marte” (1995), para mim, a riqueza da natureza deve ser estudada no fenômeno da saúde e das doenças, nas infinitas formas de adaptação individual com que organismos humanos, as pessoas, se reconstróem diante dos desafios e vicissitudes da vida.

[...] eu pensei que eu já não fosse tão importante pra mais ninguém, e eu tenho que agradecer porque agora que eu fiquei com esse negócio aí, é que eu descobri que eles me querem bem mesmo. Não é pelo que eu podia fazer pra eles que eles me queriam bem, porque doente eu não prestava pra nada, e eles me tratavam, se preocupava. (Mulher, 77 anos)

Nessa perspectiva, as deficiências, distúrbios e doenças podem ter um papel paradoxal, revelando poderes latentes, desenvolvimentos, evoluções, formas de vida inimagináveis ou que talvez nunca fossem vistas, na

ausência desses males. Nesse sentido, é o paradoxo da doença, seu potencial “criativo” (Sacks, 1995).

O valor que os entrevistados desse estudo passaram a atribuir à fisioterapia é evidenciado em suas falas.

Eu acho que se eu não tivesse feito a fisioterapia, na minha cabeça, meu filho também pensa assim, eu não tinha agüentado os trancos que eu tive. É que eu fortaleci, eu tô fazendo exercício, eu me alimento bem, eu procuro me cuidar e esses exercícios aqui tá bom! (Mulher, 68 anos)

[...] hoje eu respiro melhor, não fico cansada com facilidade, até minha angústia diminuiu muito. (Mulher, 77 anos)

A percepção dos sujeitos sobre tal importância se fundamenta na consciência que passaram a ter a respeito dela, seja como resultado das próprias vivências, seja pelos conhecimentos que adquiriram durante a experiência. As vivências anteriores à fisioterapia mostraram-se marcantes para que as mudanças positivas sentidas fossem evidenciadas, de modo que as informações que receberam sobre as implicações da fisioterapia no processo da doença pudessem não só ser confirmadas, mas terem significado para eles. Os idosos passaram a ter consciência da importância da fisioterapia, olhando-a como possibilidade de viver melhor com qualidade, ao capacitá-lo a realizar suas atividades sem dispnéia.

Essa doença só me judiou, eu tenho desde os dezoito anos e naquele tempo não tinha vocês. Era só um cataplasma que punha aqui no peito, mas não adiantava nada. [...] fazendo o tratamento como vocês mandam, ensinam, melhora. [...] eu me sinto outra, fazendo a ginástica eu me sinto outra pessoa. Além do físico, tudo é bom [...]. (Mulher, 75 anos)

Essa experiência foi não só importante para melhoras na dimensão física e psíquica, como também para a dimensão cognitiva, à medida que proveu os idosos de informações importantes para suas vidas e para mudanças de hábitos.

Eu aprendi que eu não sou igual as outras pessoas. Se tem uma subida eu tenho que diminuir [...]. Eu evito tomar chuva, garoa fina, eu não tomo banho gelado se o tempo tiver revirado, eu me cuido. (Homem, 60 anos)

Atualmente, os idosos revelam que não podem mais deixar de realizá-la, pois isso significa retornar às condições de saúde mais precária, ao desânimo, ao cansaço, à ausência de interesse e vontade para se ocupar, dentre outros.

Eu acho que eu ia voltar a ser tudo aquilo que eu era antes: aquele farrapo de gente, desanimado, desiludido da vida, eu acho. (Mulher, 77 anos)

Um outro aspecto revelado nos depoimentos foi o valor da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo atribuídos pelos idosos. É no mínimo curioso identificar nas falas dos idosos o hospital como um local apreciado por eles.

[...] Outro dia uma moça falou pra mim: "Imagina se hospital é lugar de ficar, e a senhora acha que fica bem! Aquilo é lugar de gente doente." E eu falei pra ela: "os doentes tá lá dentro, aqui fora tem tanta gente bonita, faz bem olhar pra essas pessoas bonitas, pessoas sorridentes, eu me sinto bem, eu venho cedo, eu faço a aula (fisioterapia) duas e meia, tem dia que é meio-dia e pouco e eu já tô por aqui. (Mulher, 68 anos)

Atrevo-me a dizer que o espaço físico de um hospital, normalmente considerado um ambiente inadequado ao lazer, inversamente, pôde abranger outros significados. Aqui ele é visto como um espaço de convivência. Uma alternativa de resgate ou incremento do convívio social.

Aqui tem um ambiente bom. As meninas trata a gente bem. Então tem os colegas. (Homem, 60 anos)

Isso daqui pra mim é um paraíso! [...] eu me sinto bem. Me sinto bem mesmo e sinto falta o dia que eu não posso vir. (Mulher, 77 anos)

Para os idosos, viver em grupo trouxe a eles um importante recurso, fundamental para a condição humana, que é a afiliação a grupos. Essa possibilidade permite ao idoso ter uma rede de ligações pessoais, na qual pode trocar afeto, estar com disponibilidade para acolhê-lo, sentir-se importante, valorizado e amado, podendo desfrutar do sentimento de pertença, o que se configura naquilo que é nomeado por Goldstein (1995) como suporte social.

Na Santa Casa eu passo no médico e aqui na fisioterapia eu faço a ginástica com as minhas colegas do grupo e é muito bom. Às vezes a gente até toma bronca porque fica conversando na inalação, mas a gente tem

amizade e quer contar as coisas, os problemas de casa, faz bem pra cabeça. (Mulher, 75 anos)

A oportunidade de interação social, proporcionada pela fisioterapia, favoreceu um aspecto importante na condição humana básica, que é o sentimento. A partir de convívio, os idosos começaram a enxergar o outro e ver o mundo além de si mesmos, deixando de ser o centro das próprias atenções, o que propiciou a comparação de que todos no grupo têm problemas de saúde e limitações e uma história de vida permeada por intercorrências, o que facilitou a aceitação da própria condição.

Se parar e olhar pra traz, tem gente pior que eu . Então, eu não posso reclamar. (Homem, 60 anos)

A resistência à alta da fisioterapia e o desligamento do grupo foram constatado em todos os depoimentos.

[...] se eu ficar dispensada da fisioterapia, o que eu vou fazer? [...] a minha cabeça vai pirar de ficar em casa. (Mulher, 66 anos)

Esse panorama aponta a falta de apoio voltado à abordagem do idoso e de seu espaço. Nesse sentido, os centros-dia e os de convivência abrem uma nova perspectiva terapêutica e propiciam a oportunidade para os idosos substanciarem suas possibilidades de manter a socialização, a proteção e a promoção de saúde, de modo que possam usufruir uma velhice satisfatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante esses anos na prática da minha atividade profissional (fisioterapia), encontrei-me várias vezes em situações nas quais, por falta de respaldo científico e de conhecimento dos processos envolvidos no fenômeno, a reabilitação tornava-se mera repetição de técnicas padronizadas e generalistas, entregues a toda forma de incerteza da real potencialidade do processo de cura/convivência com a doença. Assim, defrontei-me em inúmeras oportunidades com alguns tabus no âmbito da reabilitação, com o “difícil” tratamento fisioterapêutico da DPOC no idoso, por trazer implícita a possibilidade de insucesso. A abordagem desse segmento populacional

exige, de fato, o conhecimento dos mecanismos envolvidos na gênese da Gerontologia.

Ao iniciar esse estudo eu tinha algumas compreensões sobre o tema, que se confirmaram ao longo dele: o valor que a fisioterapia tem para o idoso como meio de melhorar sua qualidade de vida e meio de restaurar a sua saúde física e mental; o que a fisioterapia oferece de recursos para lidar com diferentes eventos de vida; a oportunidade de manutenção de contatos sociais, das habilidades sociais e da condição da cidadania; a possibilidade de manutenção e desenvolvimento do autoconceito, contribuindo para uma velhice bem-sucedida.

Destaco que o grande desvelamento foi os idosos descobrirem que existe um espaço aberto de convivência para eles – o hospital. Compreendi também que essa descoberta se fez a partir de sua doença. Foi a partir da experiência vivenciada em um hospital que os idosos puderam descobrir, gradativamente, suas possibilidades de realização e de resgate das suas possibilidades de serem o que são. Tais experiências propiciaram novos modos de se perceberem e de se cuidarem, levando às transformações evidenciadas ao longo deste estudo.

A fisioterapia para o idoso deve levá-lo à descoberta de si mesmo, de sua plasticidade, para que possa sempre aprimorar suas potencialidades e reconhecer-se capaz de superar as doenças. Não é um realizar mecânico de atividades, com objetivos definidos como únicos a serem considerados, mas o realizar de atividades que devolvam o significado; que devem ser vividas na sua totalidade. Desse modo, não podemos compreender a fisioterapia isoladamente como forma para diminuir a dispnéia e o pânico, melhorar a condição do pulmão, buscar maior capacidade funcional, menor tensão e depressão, ou melhorar o relacionamento social. Olhar para esses aspectos em separado é olhar para o idoso decomposto em parte e, portanto, como coisa. Cada uma dessas condições constitui o idoso em sua totalidade.

Nesse sentido, o profissional deve considerar o idoso como é, aceitando-o com suas limitações, problemas e modo de ser, compreendendo-o assim a partir de seu quadro de referência. Além da abordagem objetiva do profissional, também devemos empregar um ponto de vista intersubjetivo,

mergulhando, como escreve (Foucault, 1987 *apud* Sacks, 1995), “no interior da consciência mórbida (tentando) ver o mundo patológico com os olhos do próprio doente”, para que não se sinta ameaçado por exigências que imagina não ser capaz de realizar. Ao se estabelecer esse vínculo entre o fisioterapeuta e o idoso, este se sentirá respeitado e encorajado para buscar no tratamento sua possibilidade de cura ou melhora.

Compreendo que a minha proposta como fisioterapeuta não visa somente a uma melhora da condição física, mas a uma mudança na estrutura assistencial, de modo que seja aguçada a sensibilidade de interpretação do paciente idoso, não apenas sob o aspecto da doença, mas também sob a óptica do contexto pessoal e subjetivo que culmina por interagir estritamente com sua capacidade física reduzida. Embora esta estrutura seja a mais próxima de nós, não a vemos, e para chegarmos a ela é preciso que mergulhemos naquilo em que estamos e somos.

A investigação qualitativa fez-me requerer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos, e é para onde os profissionais devem voltar-se sempre que quiserem explorar os lugares já visitados que ainda podem ser “vistos pela primeira vez”.

Explorei e pude perceber neles – os idosos – e com eles, o significado maior da existência. Compreendi enfim mais do que o seu prazer de viver – o prazer de viver a simplicidade dentro das adversidades, as quais, além da dor, podem trazer também novas possibilidades que confirmam a vida como um processo de transformação e adaptação constantes.

NOTAS

- O presente artigo faz parte da Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Pereira, 2003).
- ¹ Professora do Centro Universitário Nove de Julho de São Paulo; Fisioterapeuta da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
- ² Professora Titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ³ Instituições: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)
- ⁴ Segundo a GOLD (Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease, a DPOC é definida “como um estado de doença caracterizado pela limitação do

fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos". Nesse conceito, não há distinção entre a brônquita crônica e o enfisema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAUVOIR, Simone. *A velhice*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 302p.
- BERNIK, Vladimir. Aspectos psicossomáticos em pneumologia. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 183-192, 1981.
- CORRÊA, J.C.; CORRÊA, V.L.F.; ADERALDO, A.; ROMANO, S.E.; MASCARENHAS, L.F. Doença pulmonar obstrutiva crônica: Estudo de 50 casos internados, com ênfase no custo. *J. Bras. Med.* São Paulo, v. 66, n. 6, 44p, 1994.
- GLOBAL INICIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Disponível em: < <http://www.goldcopd.com/>>. Acesso em: 2002.
- GOLDSTEIN, Lucila. L. Strees e coping na vida adulta e na velhice. In: NERI, A.L. (Org.). *Psicologia do envelhecimento*. 3.ed. Campinas: Papirus, p. 145-158. 1995.
- GONZALEZ, Patricio. Epidemiologia da DPOC na América Latina. In: Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia, 30. ; Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia, I., 2000, Gramado,RS. p.4-5.
- GORDILHO, Adriano et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ. 2000. 90 p.
- LESSA, Inês. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade*. I. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1998. 284p.
- MANNINO, David.M.; BROWN, Clive; GIOVINO, Gary A. Obstructive lung disease deaths in the United States from 1979 through 1993. An analysis using multiple-cause mortality data. *Am. J. Respir. Crit. Care Méd.*, v. 156, p. 814-818, 1997.
- MARTINS DE SÁ, Janete Liasch. Gerontologia e interdisciplinaridade, fundamentos epistemológicos. *Revista Gerontologia*, São Paulo, v. 6, n.1, p. 41-45, mar. 1998.
- MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, São Paulo: Hucitec, 1998.
- MURRAY, Christopher J.L.; LOPES, Alan D. Evidence-based health policy-lessons from the global burden of disease study. *Science*, v.274, p. 740-774, 1996a.
- _____. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996b.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. *Morbidity & Mortality: charbook on cardiovascular, lung, and blood diseases*. Bethesda: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, National Institutes of Health, 1998.

OKUMA, Silene Sumiri. *O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico*. 1997. 376 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, Júlio César Abreu; JARDIM, José Roberto; RUFINO, Rogério. Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), I. *J. Pneumol.*, v. 26, supl 1, p. S1-S52, abr. 2000.

PASCHOAL, Ilma Aparecida; PEREIRA, Mônica Corso. Efeitos sistêmicos da DPOC. *Atualização e ciclagem em pneumologia*. São Paulo, Vivali, v. 4, p. 1-6, 2001.

PRAIDE, N.B.; VERMEIRE, P.; ALLEGRA, L. Diagnostic labels applied to model case histories of chronic airflow obstruction. Responses to a questionnaire in 11 North American and Western European countries. *Eur. Respir. Jour.*, v. 2, p. 702-709, 1989.

SACKS, Oliver. *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. 7.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 331 p.

SALGADO, Marcelo Antônio. *Velhice, uma nova questão social*. São Paulo: Biblioteca Científica SESC, 1980. p. 48-49.

SPIRDUSO, Waneen. Physical activity and aging: introduction. In: SPIRDUSO, W.; ECKERT, Hellmut, (Eds.). *Physical activity and aging*. American Academy of Physical Education Meeting. Champaign, Human Kinetics Books. 1989. p. 1-5.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1987.

VERAS, Renato Peixoto. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994. 224 p.

ABSTRACT

This dissertation follows the ways of the elder patient through the hospital. I tried to understand the mean that the elders with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) give to the physiotherapeutic treatment and to the nosocomial *locus*. To accomplish this goal, I used a qualitative methodological strategy, questioning elders that live physiotherapy while a rehabilitation process. I selected interview like a way to understand these experiences and feelings, recording the testimonies according to techniques that guides the analysis of the contents. A phenomenological analysis allowed me to get ahead of other individual experiences, revealing another aspects not normally observed in the professional daily. The active participation of the elders in the rehabilitation group helped in the consolidation of essential changes, self-image, and maximization of the capacity to deal with the disease. These changes resulted in a new understanding in regarding of their own elderliness like a moment in life to be lived with more pleasure, changing stereotyped concepts about what is being old and an ill old person. It also revealed that, to these changes become true, is necessary a professional action that allows the elder to be involved with him/herself, and it seems to happen, in a special way, from the kind of relation that the physiotherapist has with he/she in this nosocomial *locus* – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

KEYWORDS: aged; lung diseases; physical therapy department hospital; professional-patient relations; São Paulo.

Recebido para publicação em: 29/08/2003

Reapresentado em 26/02/2004

Aprovado em: 05/03/2004

Correspondência para:

Luciana Carnevalli Pereira

Praça Monselhor José Maria Monteiro, 28 aptº 51-A – Vila Ipojuca

CEP 05054-1809 - São Paulo, SP

E-mail: lucarnevalli@zipmail.com.br

Expandindo o campus em práticas de saúde através de um compêndio de ações educativas para idosos

Expanding the campus' health practices through a collection of educational practices for the elderly

Maria Claudia Carvalho*

PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO: ORIENTAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS COM IDOSOS

Assis, Mônica de (org.)

Bertholasce, Antônio Carlos; Menezes, Isis Simões; Pacheco, Liliane Carvalho; Menezes, Maria Fátima Garcia de; Cunha, Marília Costa; Rodrigues, Regina; Guerreiro, Tânia; Silveira, Teresinha Melo da; Araújo, Therezinha Duarte.

*Rio de Janeiro, CRDE-UnATI-UERJ, 2002, p. Série Livros Eletrônicos
Publicação eletrônica disponível em: <http://www.unati.uerj.br/>*

Na UERJ, no Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento – CRDE, através da Série Livros Eletrônicos, que já se constitui por si mesmo um facilitador ao acesso à produção textual acadêmica, foi publicado compêndio de ações educativas que amplia essa produção para multiplicadores de ações educativas na área de envelhecimento de modo interativo e interdisciplinar.

Os autores dessa obra estão ligados ao Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI-UERJ e descrevem seus trabalhos educativo-assistenciais, através dos *Grupos Encontros com a Saúde*, que vêm desenvolvendo no *Projeto de Promoção da Saúde*. Os trabalhos utilizam um roteiro metodológico com planejamento, execução e avaliação que descreve os objetivos, conteúdo básico, sugestões de dinâmicas de grupo e fontes bibliográficas para aprofundamento dos temas: envelhecimento, fatores gerais de saúde, algumas doenças comuns na terceira idade e direitos sociais do idoso.

O trabalho mostra como uma experiência dentro de uma instituição acadêmica, atendendo um determinado perfil da população de idosos, pode orientar práticas de saúde que arriscam encontros afetivos, politizantes, informativos e reflexivos e como essas práticas podem favorecer um envelhecimento saudável através do desenvolvimento de habilidades pessoais e do reforço da ação comunitária.

As variadas formações dos profissionais contribuem para o enfrentamento de problemas vividos pelos grupos e, apesar de muitas vezes essas práticas são serem percebidas como uma ação educativa, por se constituírem por atores sociais que alternam os papéis tradicionais, daquele que ensina com o de seu aprendiz, elas trazem em si os elementos iniciais de uma transformação em prol do bem-estar das pessoas. As ações propostas no compêndio mesclam experiências diversas que acabam por exceder os limites disciplinares do campo acadêmico e constroem, no enfrentamento de problemas da realidade do grupo, um saber mais humano e partilhado entre os diversos atores do processo. Assim, problemas como a desvalorização social da velhice e sua associação imediata à doença podem se tornar um desafio a um maior investimento no ser humano, em vez de ser um prognóstico para uma automática medicalização. Não pretendo com esse argumento defender a abolição da terapêutica tradicional para idosos, nem tampouco esquecer a disponibilidade, o interesse, os limites e condições efetivas para o autocuidado singulares de cada pessoa ou grupo, mas pretendo destacar nessas ações educativas a possibilidade de se construir sentidos para as nossas vidas, neutralizados pelo ritmo contemporâneo da globalização, como a fraternidade, a solidariedade, a coesão social, o acolhimento, não somente do homem velho, mas do homem que envelhece.

Essas atividades em grupo, propostas nos compêndios, podem também contribuir para o enfrentamento da deterioração social que vivemos hoje com o desmantelamento da seguridade social e a exclusão social crescente de parcela da população. É objetivo dessas ações abordar a competição, a rejeição, a solidão e a insegurança em que vivemos, não como problemas do idoso, mas do homem.

São problematizadas questões que dizem respeito a pobreza, insuficiência das políticas, exaltação dos valores da juventude, etc. que, certamente, trazem aflições diferentes em cada etapa da vida e, por isso mesmo,

empenham o homem de modo diferente, em cada uma delas, mas não imune a elas, que transpassam todas as faixas etárias. Nesse sentido, é interessante a ênfase que esse trabalho dá às relações familiares e afetivas, à elaboração do luto, à construção da cidadania, à exclusão social do idoso, ao envelhecimento populacional etc., enfim uma ênfase no acolhimento das tensões no próprio bojo das práticas e ações educativas.

Os caminhos percorridos com as atividades em grupo, organizadas pelos diversos autores, representam estratégias no isolamento decorrente da evolução do capitalismo que atinge em cheio a população de idosos. Liliane Carvalho Pacheco e Maria Fátima Garcia de Menezes estimulam a reflexão acerca dos hábitos alimentares e suas implicações psicológicas, sociais, econômicas e culturais discutindo entre outras coisas o prazer da alimentação e a influência da mídia. Therezinha Duarte Araújo ressalta a percepção da postura corporal e orienta práticas como dança de salão, *T'ai chi ch'uan*, jardinagem etc. Teresinha Melo da Silveira e Mônica de Assis abordam a questão do estresse com propostas de relaxamentos com música e com respiração. Isis Simões Menezes elabora dinâmicas para abordagem da sexualidade e energia vital. Tânia Guerreiro e Regina Rodrigues trazem como objetivo exercitar a atenção, a concentração, a coordenação motora e a memória de trabalho. Teresinha Mello da Silveira, Antônio Carlos Bertholasce e Liliane Carvalho Pacheco trabalham o tema depressão. Além de atividades que abordam ações preventivas de hipertensão arterial, diabetes, alterações osteoarticulares trabalhadas com Liliane Carvalho Pacheco, Marília Costa Cunha e Isis Simões Menezes. Mônica de Assis, em seu capítulo, articula saúde com as questões sociais, econômicas, políticas e culturais discutindo temas como previdência social, benefício da prestação continuada, centros de convivência, centros-dia, o papel dos conselhos do idoso, a expressão política da população idosa no país, a contribuição de cada um na construção da cidadania, entre outros.

A organização desse trabalho se mostra como uma tentativa de abrir a universidade para a sociedade neste projeto de extensão que é a UnATI. Talvez mais importante do que representar uma espécie de manual de ações educativas, esse compêndio possa cumprir sua destinação de estimular e apoiar novos multiplicadores de ações educativas na área de envelhecimento numa parte mais extensa da população, além dos muros, muitas vezes excludentes, da universidade.

**NOTA**

- * Nutricionista, mestre em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Recebido em 01/03/04

Aprovado em 05/04/04

Correspondência: E-mail: maclac@uol.com.br

CURIATI, José Antonio Esper. Técnica de relaxamento e meditação reduz ativação simpática e melhora qualidade de vida de idosos com insuficiência cardíaca e tratamento otimizado: um estudo prospectivo e randomizado (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Orientador: Edimar Alcides Bocchi: 2003.

A insuficiência cardíaca é uma doença grave, com alta incidência e prevalência no idoso. O nível plasmático de norepinefrina é fator preditor de mortalidade e de evolução da doença. O presente estudo mostrou que em idosos (idade de 76 / 77 anos) com insuficiência cardíaca e terapêutica medicamentosa otimizada, uma técnica de relaxamento e meditação praticada em casa por 30 minutos duas vezes ao dia, por 12 semanas, melhorou os níveis plasmáticos de norepinefrina, a qualidade de vida avaliada pelo Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire e pelo slope VE/VCO₂ obtido através de teste cardiopulmonar.

PROTTI, Simone Teresinha. A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Orientador: Pedro Fredemir Palha: 2003.

A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família é um estudo realizado nos quatro Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Neste trabalho procuramos compreender como os trabalhadores das equipes de saúde estão percebendo a temática do idoso no Programa de Saúde da Família, as dificuldades enfrentadas e quais os recursos utilizados para atender a essa população. Utilizamos como referencial teórico a Transição Demográfica e Epidemiológica, as diretrizes do Ministério da Saúde para o Programa de Saúde da Família e a Política Nacional do Idoso (PNI). Na construção deste trabalho contamos com a participação de 22 (vinte e dois) profissionais de saúde, dentre eles, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No percurso metodológico, utilizamos a entrevista semi-estruturada, sendo a ordenação dos dados realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo a partir da identificação das Idéias Centrais e Expressões Chave presentes nos discursos individuais. Os resultados evidenciaram que nos núcleos com maior demanda de idosos é prioridade a sua assistência, as equipes buscam alternativas para melhor atender a essa população, ou seja, na formação de grupos, visitas domiciliares ou em parcerias com outras instituições. Já os núcleos que possuem um número menor de idosos em suas áreas de abrangência, não têm o idoso como foco principal de sua atenção, pois há o predomínio da população adulto-jovem. Contudo, priorizam os idosos acamados e integram os demais nas atividades realizadas pelos núcleos. Percebemos que existe em todos os núcleos, independentemente do número de idosos presentes, uma sensibilização geral para a atenção à população idosa.

BUSTAMANTE, Sonia Edda Zevallos. Testes combinados no rastreamento de demência em idosos. (Dissertação de Mestrado). São Paulo. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Orientador: Cássio Machado Bottino. 2003.

Avanços vêm ocorrendo no tratamento da demência, o que têm estimulado a busca de instrumentos para identificar casos leves na prática clínica e na comunidade. Nesse estudo foram combinados dois testes cognitivos, o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) e o "Fuld Object Memory Evaluation" (FOME), a duas escalas de avaliação funcional, o "Informant Questionnaire of Cognitive Decline in the Elderly" (IQCODE) e a Escala Bayer de Atividades da Vida Diária (B-ADL). Foram avaliados 34 pacientes e 59 controles idosos, e os resultados sugeriram que a combinação de instrumentos é superior a seu uso isolado para identificar casos leves a moderados de demência.

OLIVEIRA, Aldery de. Características dos pacientes atendidos pela primeira vez no setor de glaucoma da UNIFESP-Escola Paulista de Medicina (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Orientador: João Antonio Prata. 2003.

O objetivo foi avaliar as características clínicas dos pacientes portadores de glaucoma em um serviço universitário de referência. Realizou-se um estudo retrospectivo e descritivo de 822 prontuários dos casos novos de pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Glaucoma da UNIFESP EPM, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2001. Os dados obtidos para cada paciente foram oriundos de uma avaliação obtida nos prontuários destes pacientes. Avaliaram-se alguns dados sociodemográficos e características clínicas dos pacientes glaucomatosos deste setor. A amostra era composta, em sua maioria, por pacientes idosos, brancos, femininos, casados e aposentados ou do lar, com cerca de 89,65 por cento procedentes do Estado de São Paulo. Encontrou-se neste estudo 56,44 por cento dos olhos avaliados com acuidade visual menor que 1,0 logMAR. Os casos com acuidade visual maior ou igual a 1,0 logMAR corresponderam a 41,90 por cento dos olhos. A escavação do disco óptico já se encontrava avançada (maior ou igual a 0,8) em 691 (42,03 por cento) olhos, sendo que em 324 (19,70 por cento) existia uma escavação total do nervo óptico. Observou-se que o número de pacientes em estado avançado da doença era considerável, e que 41,90 por cento dos pacientes atendidos pela primeira vez apresentavam cegueira em pelo menos um dos olhos e que 42,03 por cento apresentavam escavações do disco óptico maiores ou iguais a 0,8, sugerindo casos avançados de glaucoma.

MIYAMOTO, Samira Tatiyama. Escala de equilíbrio funcional: versão brasileira e estudo da reprodutibilidade da Berg Balance Scale (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Orientador: Jamil Natour. 2003.

O objetivo deste estudo foi de traduzir a Berg Balance Scale para a língua portuguesa (brasileira), adaptá-la à cultura e mensurar a reprodutibilidade da mesma. Independentemente, dois professores de inglês traduziram a escala original para o português e um consenso foi gerado. Dois outros tradutores que desconheciam a escala original, realizaram a retradução para o inglês. Essa versão foi então comparada com a versão original na língua inglesa. As discrepâncias foram discutidas e solucionadas por um comitê. Quarenta pacientes com mais de 65 anos e 40 terapeutas participaram da fase de adaptação cultural sendo que as questões que foram reformuladas e reaplicadas foram aquelas que tiveram mais de 15 por cento de incompreensão. A versão brasileira final foi então testada em 36 pacientes com mais de 65 anos e média de idade de 72 anos. Também foram aplicados os testes Timed "Up e Go"; Romberg Test, One Leg-Stance e Sharpened Romberg Test. A reprodutibilidade foi avaliada em dois momentos por um fisioterapeuta (uma semana de intervalo) e uma vez por outro fisioterapeuta independente. Foi utilizada análise descritiva para caracterizar os pacientes, Coeficiente de Correlação de Pearson para verificar a correlação entre a pontuação da escala e as variáveis secundárias, Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) e Coeficiente de Correlação de Pearson para avaliar a reprodutibilidade intra e interobservador. Seis questões foram modificadas nas fases de tradução e adaptação cultural. Coeficientes de correlação estatisticamente significantes foram encontrados quando se avaliou a correlação entre as variáveis: idade, auxílio de locomoção, tempo do Timed "Up e Go"; Romberg Test, One Leg-Stance Test e Sharpened Romberg Test. O ICC para a reprodutibilidade intra e interobservador foi 0,99 (p 0,001) e 0,98 (p 0,001), respectivamente. O Coeficiente de Pearson para a reprodutibilidade intra e interobservador foi 0,98 (p 0,001) e 0,97 (p 0,001), respectivamente. A Berg Balance Scale na versão brasileira é um instrumento reprodutível e válido para avaliar o equilíbrio funcional de pacientes idosos brasileiros.

ANTUNES, Hanna Karen Moreira. A influência do exercício físico aeróbio em funções cognitivas e viscosidade do sangue de idosos (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Orientador: Orlando Francisco A. Bueno. 2003.

Diversos trabalhos demonstram que a prática do exercício físico regular em idosos pode levar a melhora de funções cognitivas, refletindo assim na melhora da qualidade de vida desta população. O presente estudo teve como objetivo investigar as possíveis alterações físicas, cognitivas, no humor e na viscosidade sanguínea de idosos normais antes e após um programa de condicionamento físico. A amostra foi constituída por 46 voluntários sedentários do sexo masculino com idades entre 60 e 75 anos (66,97 \pm 4,80 anos), todos considerados normais do ponto de vista clínico, cognitivo e de exames laboratoriais. Os voluntários foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: grupo controle (23) e grupo experimental (23) e submetidos a uma avaliação basal composta por exames físicos, laboratoriais e neuropsicológicos. Após a avaliação, o grupo controle foi instruído a não alterar sua rotina de atividades cotidianas e que não deveria se engajar em um programa de atividade física regular, já o grupo experimental participou de um programa de condicionamento físico sistematizado, personalizado, com ênfase no metabolismo aeróbio. O programa foi realizado em cicloergômetro, 3 vezes por semana em dias alternados, com intensidade e volume individualizado conforme carga obtida no limiar anaeróbio ventilatório I (LAV-I). As sessões eram contínuas e tiveram duração máxima de 60 minutos cada. Como atividade complementar foram prescritos exercícios de alongamento e flexibilidade articular. A reavaliação dos voluntários foi realizada após 6 meses utilizando o mesmo protocolo inicial. Os resultados demonstraram que o grupo experimental melhorou significativamente ($p < 0,05$) em relação ao grupo controle: foi observada melhora nas escalas de humor e no desempenho cognitivo, diminuição da viscosidade sanguínea e aumento na capacidade aeróbia, no entanto não foram observadas alterações significativas na composição corporal, tendo ocorrido uma diminuição no metabolismo basal dos voluntários. Os dados sugerem que a participação em um programa de condicionamento físico aeróbio sistematizado pode ser visto como uma alternativa não medicamentosa para a melhora física, cognitiva, no humor e na viscosidade sanguínea de idosos normais.



PEREIRA, Silvia Regina Mendes. Repercussões sócio-sanitárias da epidemia das fraturas de fêmur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Orientador: Mário Antônio Sayeg. 2003.

O propósito deste estudo longitudinal retrospectivo foi investigar as repercussões da ocorrência de fratura do fêmur proximal na sobrevivência e perda de capacidade funcional de idosos, um ano após a fratura. Pesquisaram-se 179 mulheres e 67 homens, com idade média de 79,1 anos, em quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro. Desenvolveu-se um protocolo, testado em estudo-piloto, tendo-se coletado os dados em prontuários e diretamente com idosos e/ou familiares. Para análise de sobrevivência, investigaram-se curvas estratificadas por variáveis explanatórias potenciais categóricas, através do método não-paramétrico de Kaplan-Meier. Utilizou-se o teste de Wilcoxon para identificar diferenças entre estratos com nível de significância $\alpha = 0,05$. Fez-se uso de um modelo de regressão de Cox para averiguar o efeito independente dessas variáveis. Na investigação da capacidade funcional, realizaram-se análises bivariadas para identificação de variáveis associadas à piora dessa capacidade, com base no teste do X^2 . Identificou-se o efeito independente das variáveis em um modelo de regressão logística. Os modelos finais indicaram tanto a associação entre hazard (risco) de morte, quanto perda da capacidade funcional, com idade e capacidade funcional prévia. Além disso, hazard de morte mostrou-se positivamente associado ao sexo masculino, uso de inotrópicos, presença de delirium e intercorrências pré/pós-operatórias, e negativamente associado ao uso de anestesia geral, bloqueadores H2, fisioterapia e obesidade. O risco de perda da capacidade funcional mostrou-se positivamente associado à presença de catarata e instabilidade postural prévias e baixo peso, e negativamente associado ao uso de antibióticos no pós-operatório. Dos 154 sobreviventes um ano após a fratura, 52,6 por cento não voltaram ao estado funcional prévio, o que revela a necessidade de melhoria da efetividade do tratamento depois da alta hospitalar, bem como dos cuidados primários de prevenção.

LEMOS, Viviam Cristina Herrero. Com trabalho e sem salário: valorização para o idoso e ganhos para a sociedade (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Orientador: Beltrina Corte. 2003.

Esta pesquisa investiga os ganhos proporcionados pelo trabalho não remunerado realizado por pessoas maiores de 60 anos, considerando aspectos relacionados aqueles a quem se destinam tais trabalhos, bem como aos que o realizam. Faz uma análise socioeconômica do sentido e de resultados alcançados por meio dessas atividades, contemplando, além de aspectos financeiros, impactos sociais promovidos no ambiente pesquisado. Para tanto, foram contatadas seis pessoas, que exercem atividades não remuneradas, e suas respectivas famílias e/ou comunidades.



UnATI
UERJ

