




ISSN 1517-5928



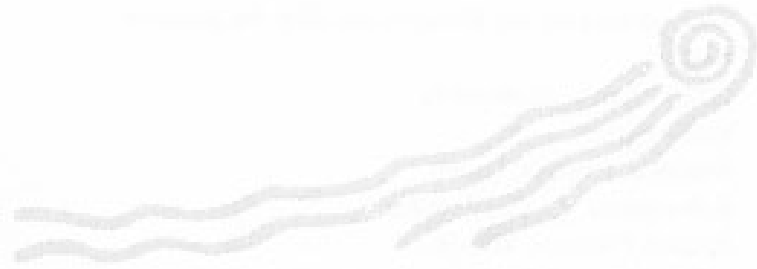
*Textos sobre  
Envelhecimento*



**volume 7**

**n° 2**

UnATI/UERJ



# *Textos sobre Envelhecimento*

---

Rio de Janeiro  
CRDE/UnATI/SR-3/UERJ  
VOLUME 7 - NÚMERO 2  
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. 1, n. 1 - (nov. 1998)-  
Rio de Janeiro : UERJ, UnATI, 1998-  
v. : il.

Semestral

ISSN 1517-5928

1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Periódicos. 2.  
Idosos - Cuidados médicos - Periódicos. 3. Idosos - Condições  
econômicas - Periódicos. I. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 612.67(05)

CRDE/UnATI/SR-3/UERJ

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

Revisão: *Ana Silveira de Azevedo Gesteira*

# *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, España 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

- A CONSOLIDAÇÃO DE TEXTOS SOBRE ENVELHECIMENTO -  
DIVULGANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO ÂMBITO  
DO ENVELHECIMENTO 7  
The consolidation of Textos sobre Envelhecimento -  
spreading the scientific production on ageing

### ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- A REALIDADE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO 9  
The reality of the institutionalized elders  
Vania Beatriz Merlotti Herédia  
Miriam Bonho Casara  
Ivonne Assunta Cortelletti  
Maria Helena Ramalho  
Antenor Sassi  
Maria Neli Borges
- BASE BIBLIOGRÁFICA NACIONAL DE TESES  
E DISSERTAÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO  
HUMANO – BASE TESES EM ENVELHECIMENTO,  
CRDE / UnATI / UERJ 33  
National bibliographic data base of theses and  
dissertation on human ageing – Theses on Ageing  
Data Base, CRDE / UnATI / UERJ  
Andréa Estevam de Amorim
- AValiação GLOBAL DE IDOSOS EM UNIDADES DE PSF 45  
Elderlies' global evaluation in units of the Family  
Health Program  
Rosane Oliveira Pacheco  
Silvana Sidney Costa Santos
- FATORES DE RISCO DE MAUS-TRATOS AO IDOSO NA RELAÇÃO  
IDOSO/CUIDADOR EM CONVIVÊNCIA INTRAFAMILIAR 63  
Risk factors for elderly abuse in the caregiver/elderly  
relationship in intrafamilial living  
Andréa Santos Souza  
Edméia Campos Meira  
Ivone Gonçalves Neri  
Joanice Alves da Silva  
Lucia Hisako Takase Gonçalves

<i>A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE NO BRASIL</i>	85
The scientific production about aging and health in Brazil <i>Shirley Donizete Prado</i> <i>Jane Dutra Sayd</i>	
<i>AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INTERVENÇÃO GERIÁTRICA NA PRESCRIÇÃO DE IDOSOS</i>	103
Assessment of the impact of geriatric intervention on prescription to elderly <i>Flávia Lírio Coutinho</i>	
<b>RESENHAS / REVIEWS</b>	
<i>SAÚDE DO IDOSO – A ARTE DE CUIDAR</i>	123
The Elderly Health - The art of Caring <i>Sérgio Baptista Dantas</i>	
<b>TESES E DISSERTAÇÕES / THESIS AND DISSERTATIONS</b>	127
<b>ORIENTAÇÃO AOS AUTORES / GUIDELINES FOR AUTHORS</b>	142

## ***A consolidação de Textos sobre Envelhecimento - divulgando a produção científica no âmbito do envelhecimento***

*The consolidation of Textos sobre Envelhecimento - spreading the scientific production on ageing*

Este número da Revista Textos sobre Envelhecimento apresenta seis artigos originais, três resumos de teses, cinco resumos de dissertações e a resenha de um lançamento editorial. Observa-se a grande diversidade dos trabalhos publicados, tanto em relação às temáticas quanto às origens geográficas.

Entre os artigos originais, são dois trabalhos da região Nordeste, um da região Sul e três do Rio de Janeiro. Quanto aos resumos de teses, apresentamos duas de São Paulo (nas áreas de Psicologia e Economia, Administração e Contabilidade) e uma do Rio de Janeiro (na área da Medicina Social). Duas dissertações são de Ribeirão Preto (em Enfermagem); uma de São Paulo (na área de Serviço Social); uma de Campinas (na área de Educação) e uma do Rio de Janeiro (na área de Psicologia).

Da Região Sul do país, Miriam Bonho Casara e colaboradores da Universidade de Caxias do Sul - RS apresentam os resultados de uma interessante pesquisa realizada com idosos residentes em 14 instituições de longa permanência em quatro municípios do Rio Grande do Sul.

Da Região Nordeste, Rosane Oliveira Pacheco e Silvana Sidney Costa Santos, da Universidade Federal de Pernambuco, apresentam um perfil das condições cognitivas, afetivas e funcionais de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde de Família de três municípios de Pernambuco. Da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia temos os resultados do estudo realizado por Edméia Campos Meira, Andréa



Santos Souza, Ivone Gonçalves Néri e Joanice Alves da Silva, sob a coordenação de Lucia Hisako Takase Gonçalves, sobre os fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Esta pesquisa foi realizada em Jequié - Bahia.

Da Região Sudeste, Shirley Donizete Prado e Jane Dutra Sayd, do Instituto de Medicina Social da UERJ, descrevem a produção de teses e dissertações sobre envelhecimento no Brasil. Flávia Lírio Coutinho, residente em Geriatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ, avalia o impacto da intervenção geriátrica na prescrição de idosos. Andréa Estevam Amorim disserta sobre o Projeto Teses desenvolvido pelo Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento vinculado a UnATI/UERJ.

Estes trabalhos, todos artigos originais de pesquisa, refletem a preocupação dos editores com a garantia de diversidade temática e de vínculo institucional dos autores, distribuídos por quase todo o país. Portanto a Revista Textos sobre Envelhecimento, este ano, além de consolidar sua regularidade garantiu uma penetração em nível nacional razão pela qual desejamos e esperamos receber mais trabalhos de nossos leitores, todos potenciais autores.

*Célia Pereira Caldas*  
*Editora Associada*

*A Realidade do Idoso Institucionalizado*  
*The reality of the institutionalized elders*

Vania Beatriz Merlotti Herédia (\*)

Miriam Bonho Casara (\*)

Ivonne Assunta Cortelletti (\*)

Maria Helena Ramalho (\*)

Antenor Sassi (\*)

Maria Neli Borges (\*)

*RESUMO*

Este estudo tem como objetivo conhecer as condições em que se encontra o idoso institucionalizado da Região Nordeste do Estado, sendo resultado de uma pesquisa realizada com idosos residentes em quatorze instituições de longa permanência nos municípios de Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Vacaria e Carlos Barbosa. Identifica a infra-estrutura existente, a equipe funcional de recursos humanos, os serviços prestados e a população usuária dessas instituições. Define o perfil do idoso asilado, delineando os aspectos relativos aos dados gerais, às condições socioculturais, econômicas, de saúde e os motivos do asilamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Asilos para Idosos; Regionalização; Rio Grande do Sul.

**CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Com o objetivo de conhecer as condições em que se encontram os idosos institucionalizados da Região Nordeste do Rio Grande do Sul e identificar suas principais características e necessidades, para subsidiar ações e fomentar políticas sociais, visando a transformações que permitam dar maior dignidade e respeitabilidade à velhice, foi desenvolvida uma pesquisa de caráter quantitativo e qualitativo. A relação entre aspectos quantitativos e qualitativos possibilita descrever a situação como ela se encontra na realidade e propor possíveis mudanças nessa realidade no sentido de modificá-la, de reconstruí-la.

A pesquisa utilizou como suporte teórico o método histórico-estrutural. Essa abordagem entende sociedade como estrutura constituída a

partir de sua formação política, econômica e social, marcada pela sua história e pelas condições materiais que a constituíram. O método histórico-estrutural capta o movimento existente entre as relações sociais, as contradições presentes no objeto, a partir de sua totalidade e as implicações nas estruturas. A abordagem analisa de forma crítica os objetos observados na realidade.

A pesquisa fez uso de entrevistas que permitiram identificar a população usuária das instituições que abrigam idosos na Região Nordeste do RS para posterior definição da amostra, e de questionários semi-estruturados para a coleta de dados sobre o idoso, visando a definir o seu perfil. O questionário contemplou itens referentes às condições gerais, condições socioculturais, socioeconômicas e de saúde. Foram objetos de estudo idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em quatorze instituições asilares: sete em Caxias do Sul, uma em Bento Gonçalves, cinco em Vacaria e uma em Carlos Barbosa. Nas casas residiam idosos de ambos os sexos, com exceção de uma, destinada apenas a mulheres. Esse critério foi estabelecido pela sociedade mantenedora.

O conjunto de quatorze instituições asilares cadastradas, de um total de quinze identificadas à época, abrigava 248 idosos, cujas informações foram utilizadas para identificação dos dados gerais que se referem à cor, ao sexo, à idade e ao estado civil. Para configuração das condições socioculturais, socioeconômicas e de saúde, estabeleceu-se o critério saúde físico-mental satisfatória, para responder ao instrumento de pesquisa, totalizando 176 idosos, distribuídos conforme tabela 1. Uma das instituições identificadas não foi cadastrada. Ressalva-se a possibilidade da existência de outras instituições não localizadas. Tem-se observado que ocorre fechamento, mudança de endereço e flutuação de internos nesse tipo de serviço.

Os municípios envolvidos na pesquisa apresentam uma formação econômica semelhante, com exceção do município de Vacaria, que tem uma história anterior aos demais. Vacaria, conhecida pelo município que faz parte do Planalto Soberbo, corresponde aos Campos de Cima da Serra e foi uma das povoações mais antigas do interior do Rio Grande do Sul, data que remonta a 1637. Transformada pelos jesuítas em uma localidade com a finalidade de criação de gado, tornou-se importante historicamente pela função que desempenhou nos ciclos econômicos do país. Já Caxias

TABELA 1  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DA REGIÃO NORDESTE DO RS,  
DISTRIBUÍDOS POR MUNICÍPIOS – 2002

Idosos institucionalizados por Município	Idosos com condições	Idosos sem condições	Total
Caxiás do Sul	75	32	107
Bento Gonçalves	41	18	59
Vacaria	47	18	
Carlos Barbosa	13	4	17
TOTAL	176	72	248

Fonte: Pesquisa O idoso institucionalizado da Região Nordeste do Rio Grande do Sul.

do Sul, Bento Gonçalves e Carlos Barbosa fazem parte dos municípios que foram fundados no final do século XIX, a partir do Programa de Colonização do Rio Grande do Sul, ainda quando o Brasil vivia sob o regime monárquico.

Esses municípios tiveram uma forte influência da imigração européia e se caracterizaram historicamente como municípios que constituem a região de imigração italiana. Desses, Caxias do Sul teve um destaque pelo seu crescimento econômico e por se constituir no segundo pólo metal-mecânico do Estado e de importância para o país. Bento Gonçalves também teve um forte desenvolvimento econômico, marcado pela atuação na indústria moveleira e vitivinícola, com participação do setor metalúrgico-mecânico, alimentício, de couro e agrícola. Carlos Barbosa é um dos municípios mais recentes e se caracteriza pela sua atividade secundária, principalmente pela indústria de transformação. Constata-se que esses municípios se modernizaram e que houve a passagem dos ramos tradicionais para os dinâmicos, bem como as principais atividades produtivas da região revelam o tipo de ocupação que os idosos dessas localidades tiveram ao longo de suas possibilidades de trabalho, profissão e emprego.

A Região Nordeste do RS possui uma população total de 923.118 habitantes, sendo que 91.097 são idosos, ou seja, 9,9%. Os municípios de Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Vacaria e Carlos Barbosa, que nessa pesquisa representam a região, participam com 57,4% da população residen-

te e com 51,0% da população idosa regional. Esses quatro municípios somam 529.765 habitantes, dos quais 46.543 possuem 60 anos ou mais de idade, ou seja, 8,8% da população idosa, distribuídos conforme tabela 2.

TABELA 2  
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA POR MUNICÍPIO

Municípios	População residente	População Idosa	
		Frequência	
		Absoluta	Percentual
Caxias do Sul	360.419	30.178	8,4
Bento Gonçalves	91.486	8.491	9,3
Vacaria	57.341	5.874	10,2
Carlos Barbosa	20.519	2.000	9,7
TOTAL	529.765	46.543	-

Fonte: IBGE, censo demográfico de 2000.

Do total de idosos dos municípios citados, o percentual de 0,53% estava internado nas casas asilares cadastradas. Pode causar estranheza esse baixo percentual. Entretanto, é de conhecimento que há idosos internados em outros municípios da região, que não os de sua origem. Por outro lado, pesquisa realizada na Região Nordeste do RS constatou que a quase totalidade dos idosos permanece nos seus domicílios.

Segundo a tipologia, essas instituições caracterizam-se como de longa permanência, usando denominações como asilo, casa de repouso, lar, casa de saúde. Surgiram por iniciativa de instituições religiosas, beneficentes ou particulares para acolher pessoas idosas desassistidas.

Algumas das casas apresentam infra-estrutura precária, com condições mínimas para seu funcionamento. Outras são imóveis adaptados ou construídos para tal fim, atendendo aos requisitos da legislação<sup>1</sup>





A equipe funcional de recursos humanos e, conseqüentemente, os serviços prestados variam conforme as condições da instituição. Todas atendem às necessidades básicas de alimentação, repouso, higiene e de administração de medicamentos. Os cuidados de saúde são dispensados por atendentes de enfermagem, em alguns casos por enfermeiros, e por médicos, quando necessário. Outros serviços especializados, como de nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social são oferecidos nas três maiores instituições, sendo uma de Caxias do Sul, a de Bento Gonçalves e a de Carlos Barbosa. Atividades físicas e outras complementares, como de recreação e lazer, cultura e religião, são oportunizadas em algumas das casas, conforme a estrutura e as condições.<sup>2</sup>

O sustento dos idosos internos é mantido, na sua grande maioria, com recursos de suas aposentadorias, ou por familiares. Em alguns casos há compra de vagas pela municipalidade, auxílio de organizações religiosas e auxílio de pessoas da comunidade.

#### ***O IDOSO INSTITUCIONALIZADO DA REGIÃO NORDESTE DO RS***

O idoso asilado é na sua maioria de cor branca (85,9%) e do sexo feminino. As mulheres representam 64,9% e os homens 35,1%. Esse dado mostra que há predominância feminina também nas instituições asilares da região.

A feminização da velhice é uma constatação mundial. Segundo análise feita com base nos dados do Censo Demográfico de 2000, no Brasil a diferença na distribuição das pessoas idosas por sexo cresce significativamente à medida que aumenta a faixa etária. Há uma predominância feminina de 6,4% na faixa etária dos 60-64 anos, crescendo sempre até atingir a diferença de 31,6% na faixa de 95-99 anos. Várias são as hipóteses sobre a longevidade da mulher, entre elas: o acompanhamento médico-obstétrico mais efetivo, maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde, padrões de comportamento e estilo de vida mais saudáveis, o que atenua os fatores de risco, menor exposição a riscos relativos a acidentes de trabalho e de trânsito, menos homicídios e suicídios.

Nos idosos asilados, há um predomínio das faixas etárias superiores a 70 anos, diferenciando-se dos idosos domiciliados cujo maior número se concentra nas faixas etárias inferiores, entre 60 a 70 anos. A idade em si não é um determinante de asilamento, mas as condições de saúde, levando-se em consideração a capacidade funcional relacionada à manutenção ou perda da autonomia e da independência. Constatou-se que cresce o percentual de internados à medida que aumenta a faixa etária, se considerada de 10 em 10 anos, o que comprova que a saúde declina com o passar do tempo.

O estado civil predominante é de solteiros e viúvos, representando 87,9%. Essa predominância leva a constatar que a maioria dos asilados não possui companheiro, e ainda o fato de constituir família não garante a permanência do idoso no domicílio.

Dos entrevistados, 88,6% afirmaram ser católicos e manifestam sua religiosidade através de orações individuais, orações em grupo e orações e cultos assistidos na televisão. Pela situação de asilados, dependem da instituição para a participação em ritos religiosos externos.

Na década de 1940, período que corresponderia à época de escolarização nas séries iniciais dos entrevistados, o índice de analfabetismo no Brasil, segundo dados do IBGE (2002), era de 32,2%. Nessa pesquisa constatou-se que 30,1% dos idosos são analfabetos e 50,6% apresentam baixa escolaridade, essa representada pelo primário incompleto. Os percentuais são elevados e significativos, pois a situação de analfabetismo ou de semi-alfabetizado compromete o nível de entendimento das pessoas. Não tendo condições de acesso a informações possibilitadas através da leitura e da escrita, ficam restritas aos registros de sua memória ou na dependência de informações e esclarecimentos de terceiros. O idoso vive muito de lembranças. No outro extremo, com formação superior completa, foram encontrados apenas 1,1%, o que mostra que estudar era privilégio para poucos.

De alguma forma essa constatação revela a pouca importância dada à época para a educação escolar, juntando-se a isso o fato de 75,6% dos idosos asilados serem procedentes do meio rural, onde o número de escolas era bastante reduzido e o acesso difícil. Além disso, as exigências dos

afazeres de casa e da roça exigiam a presença da mão-de-obra dos filhos de qualquer idade, principalmente das mulheres.

Em relação à composição familiar, e entendendo-se por família a instituição constituída por companheiro, filhos, netos e parentes (irmãos, tios e sobrinhos), a grande maioria a possui. Um dado geral que se destaca é que 42,6% dos idosos asilados possuem filhos e mesmo assim estão internados. Apenas 4,0% possuem companheiros, o que permite deduzir que a existência de companheiro e não de filhos é uma garantia da permanência do idoso no seu domicílio. Entre os que não possuem família é maior o percentual de solteiros. Isso justifica o próprio fato de estarem internados, supondo que não tenham condições de viver sós.

Esses dados levam a pensar que a perda da autonomia e da independência, a situação econômica precária do idoso ou da família e o des-caso dos familiares podem constituir-se em motivos de asilamento.

Outra razão a ser considerada é o aspecto da disponibilidade familiar para cuidar do idoso. Os laços afetivos podem favorecer essa condição de disponibilidade, de tornar-se disponível, ou de criar no meio familiar formas de dispor-se para. Quem ama respeita e cuida, cria laços de solidariedade social e até de compaixão.

A maioria dos entrevistados morava com familiares antes de serem internados, porém 25% dos idosos moravam sozinhos, o que reflete que tinham autonomia e independência antes do internamento. Sair da condição de morar sozinho para a condição de asilado é uma mudança que exige esforço de adaptação e aceitação. Essa transição representa um impacto pela perda de referências e do sentimento de pertença, o que tem repercussões no estado emocional, nas relações e na saúde de quem vive asilado. A partir do asilamento, a pessoa perde a possibilidade de administrar seu tempo, seu espaço, suas decisões e relações. O seu querer é o querer da instituição. A vontade individual fica submetida à vontade e às decisões administrativas da instituição.

Ao analisar o tempo de asilamento, constata-se que 20,5% dos idosos estão asilados a menos de um ano, 17,6% de 1 a 2 anos; 18,8% de

2 a 4 anos; 12,5% de 4 a 6 anos; 4,5% de 6 a 8 anos; 9,1% de 8 a 10 anos e 9,7% há mais de 10 anos.

Dos que foram asilados há menos de um ano, 52,8% encontram-se na faixa etária de 70 a 84 anos. Dos que foram asilados há mais de 10 anos, 47,1% localizam-se na mesma faixa etária já referida. Esse dado permite afirmar que o internamento atualmente acontece em faixas etárias mais avançadas, denotando aumento de longevidade e permitindo às famílias que possuem condições, manterem por mais tempo seus idosos no domicílio, mesmo que apresentem restrições de autonomia. Deduz-se que há uma década atrás a saúde dos idosos se revelava mais frágil e comprometida, levando-os mais precocemente ao asilamento.

A maioria dos entrevistados recebe visitas do núcleo familiar (companheiro, filhos e netos), de parentes (irmãos, tios e sobrinhos), de amigos ou de pessoas da comunidade. É importante ressaltar que 9,1% dizem não receber visitas.

As pessoas do núcleo familiar visitam seus idosos internados com maior frequência do que os parentes. Entretanto, constata-se que o número de visitas vai diminuindo à medida que aumenta o tempo de asilamento.

Esses dados revelam que uma parcela está abandonada e que os laços familiares se fragilizam com o passar do tempo, levando gradativamente ao esquecimento dos idosos.

Além do destinado ao atendimento das necessidades básicas (alimentação, higiene, repouso), o tempo dos idosos é utilizado na realização de algumas atividades que, conforme as respostas dadas, foram agrupadas em duas modalidades: uma categorizada como *atividades interativas com pessoas ou objetos*, cujas predominâncias se referem ao diálogo com seus pares (69,3 %) e ao desenvolvimento de atividades manuais (23,3%). Outra categorizada como *atividades não interativas*, caracterizada pela passividade do idoso: assistir à televisão (58,0%); ouvir rádio (41,5%); ouvir música (19,9%); ler (14,2%). Destaca-se a participação dos idosos em atividades recreativas organizadas por algumas instituições. Em outras, essas atividades são desenvolvidas apenas ocasionalmente, por pessoas voluntárias.

Ao verificar o que os idosos gostariam de fazer no seu tempo disponível, conforme tabela 3, as respostas se concentram predominantemente em atividades diversas, de caráter interativo. Ao mesmo tempo que se constata que grande parte dos idosos coloca no trabalho seu desejo de ação e interação, um número expressivo de pessoas não deseja se ocupar com nada. Essa contradição mostra que o trabalho ainda é, na vida de muitos desses idosos, importante e se reveste de desejo, de necessidade, de aspiração, de meio para sua afirmação e identidade. Mostra também que o asilamento, por todas as suas implicações e circunstâncias, leva à apatia, passividade, alienação e à falta de desejo.

**TABELA 3**  
**DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DA REGIÃO NORDESTE DO RS, SEGUNDO OCUPAÇÃO DESEJADA NO TEMPO DISPONÍVEL – 2002**

Ocupação desejada no tempo disponível	Frequência	
	Absoluta	Percentual
Trabalhar	58	30,9
Não gostaria de se ocupar	26	13,8
Realizar atividades domésticas	25	13,3
Realizar atividades artesanais	23	12,2
Lazer (conversar, passear, ouvir rádio, TV, viajar)	12	6,4
Realizar atividades culturais (ler, estudar, poesia)	6	3,2
Realizar atividades físicas (tomar sol, caminhar)	5	2,7
Realizar atividades espirituais	4	2,1
Cuidar de pessoas	2	1,1
Não Sabe/Não respondeu	27	14,4

Fonte: Pesquisa "O idoso institucionalizado da Região Nordeste do Rio Grande do Sul".

Obs.: Pergunta aberta com múltiplas respostas. Percentuais calculados sobre n=188



O comportamento e as manifestações expressas em relação à ocupação do tempo (*o que faz e o que gostaria de fazer*), aliadas às possibilidades de cada um e ao estado de saúde dos internos, podem estar relacionados aos motivos que os levaram ao asilamento e à importância que atribuem a coisas que fazem parte da vida.

As respostas dadas à pergunta *Por que o Sr.(a) mora numa casa asilar?* foram agrupadas segundo sua natureza e organizadas conforme tabela 4, que mostra os motivos do asilamento.

TABELA 4  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS SOBRE OS MOTIVOS DO ASILAMENTO DA REGIÃO NORDESTE DO RS – 2002.

Motivos do asilamento	Frequência	
	Absoluta	Percentual
Sozinho	70	37,4
Doente	29	15,5
Foi colocado no asilo	20	10,7
Sem cuidador	16	8,6
Sem lugar para morar	15	8,0
Por opção própria	9	4,8
Sem condições de trabalhar	5	2,7
Família sem condições de cuidar	4	2,1
Outros motivos	13	7,0
Não sabe/Não respondeu	6	3,2

Fonte: Pesquisa "O idoso institucionalizado da Região Nordeste do Rio Grande do Sul".  
Obs.: Pergunta aberta com respostas múltiplas. Percentuais calculados sobre n=187.

A maioria das respostas está diretamente relacionada à perda da autonomia/independência: necessitar de cuidados ou não ter dinheiro para suprir suas necessidades (de alimentação, vestuário, saúde, moradia, cuidador, ...). Assim, perder a condição de morar ou permanecer sozinho, de não poder mais trabalhar ou ainda o fato de ficar doente, de precisar de alguém que

o cuide coloca o idoso numa situação de dependência e cria a necessidade do asilamento. A esses motivos somam-se a falta de um lugar para morar (com a família ou fora dela) e a falta de condições da família para exercer o papel de cuidador. As respostas agrupadas em *Foi colocado no asilo* não revelam exatamente um motivo, mas o fato de terem sido asilados não por decisão pessoal, mas por decisão de algum familiar. Ressalta-se que alguns estão asilados por opção própria.

À medida que se perde a autonomia/independência, perde-se a condição de tomar decisões e, portanto, de administrar a vida, mesmo antes do asilamento. Uma vez internado, essa situação se intensifica, e o idoso fica cada vez mais submetido à vontade e às decisões da instituição, anulando gradativamente sua identidade.

Talvez, por essa razão, ao serem questionados sobre o que é mais importante na vida, aparecem como valores predominantes, conforme tabela 5, aqueles que poderiam garantir a continuidade de uma vida autônoma e independente ou o arrimo necessário: a saúde (67,0%), a família (43,8%), o dinheiro (28,4%). A saúde garantiria a possibilidade de continuar vivo, de viver só, não necessitar de cuidados, de trabalhar para ganhar dinheiro para viver. A família, que o poderia sustentar, cuidar e por representar o lugar de onde saiu e para onde gostaria de retornar. O dinheiro, que permitiria viabilizar o usufruto de uma vida melhor, a possibilidade de estar em outro local que não a casa asilar ou, ainda, suprir suas necessidades e pagar por cuidados.

A religião também aparece como muito importante (39,8%), e poderia representar um legado cultural, familiar ou um instrumento de conforto, de esperança, de fé, um suporte de sustentação e consolo para o momento que estão vivendo e ainda como preparação para a morte.

O principal valor na vida dos asilados está relacionado com sua maior preocupação: a saúde. Entretanto, as demais respostas dadas ao item *O que mais preocupa atualmente?* parecem contraditórias. Chamou a atenção o fato de 19,3% dos idosos afirmarem que, no momento atual, não têm preocupações. Os demais percentuais significativos são *outros* (10,8%) e somente depois vem a *família* (8,0%).

TABELA 5  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS DA REGIÃO NORDESTE DO RS, SEGUNDO  
SEUS VALORES FUNDAMENTAIS - 2002

Valores fundamentais	Frequência	
Saúde	118	67
Família	77	43,8
Religião	70	39,8
Dinheiro	50	28,4
Trabalho	40	22,7
Amor	32	18,2
Respeito	27	15,3
Lazer	13	7,4
Educação	10	5,7
Independência/autonomia	4	2,3
Segurança	3	1,7
Valorização	2	1,1
Não sabe/Não respondeu	22	12,5
Total	176	100

Fonte: Pesquisa "O idoso institucionalizado da Região Nordeste do Rio Grande do Sul".

Como entender isso? As preocupações pessoais devem gravitar em torno dos valores de cada um? Será que para esses idosos as preocupações são menores pelo fato de estarem em um lugar onde as necessidades básicas de morar, de comer, de saúde, de cuidados estão sendo supridas? Será que os idosos se preocupam com o que é passível de ser mudado? Para eles, o asilamento não pode ser mudado e então se configura como um estado de conformidade, resignação, apatia, uma proteção para não sofrer?

O estilo de vida tem relação direta com o estado físico-mental de uma pessoa. O asilamento provoca mudança no estilo de vida do idoso, que passa a ser caracterizado pela passividade, pela não-participação, pela ausência do exercício da autonomia, supondo alterações profundas que conduzem a atitudes de espera. Essa mudança não é uma opção pessoal, mas é provocada pela condição de ser asilado. Essas afirmações podem



ajudar a responder às questões propostas acima e serem elementos de uma reflexão sobre os valores que são importantes aos idosos asilados.

Quanto às condições socioeconômicas em que se encontram esses idosos, constata-se que a renda é baixa, ou seja, 44,3% recebem de um salário a menos de dois salários mínimos. No entanto, o dado que chama a atenção é que 35,2% desconhecem o valor de sua renda mensal, o que demonstra o isolamento vivido pelo idoso asilado e a condição imposta pela instituição à qual está vinculado e consentida pela família. Chama a atenção que 7,4% dos idosos não têm renda, o que significa que dependem de outras pessoas e mesmo os 4% que percebem menos de um salário mínimo aponta para a dependência de familiares para suprir as necessidades básicas. Constata-se, também, que apenas 4% percebem de dois a quatro salários mínimos, o que leva a afirmar que a renda dos asilados é muito baixa.

A situação econômica está relacionada com a ocupação que os idosos desempenharam ao longo de suas vidas. O quadro I mostra a diversificação de funções exercidas por eles e apresenta, como característica principal, o trabalho não especializado.

Para 76,1%, a procedência da renda é decorrente da aposentadoria que, mesmo sendo irrisória, é a única fonte de subsistência do idoso, permitindo o atendimento mínimo de suas necessidades básicas. Isso significa que a maioria paga a sua estadia através do repasse de sua renda à instituição. Pergunta-se: quem toma as decisões pelo asilado? Quem faz suas compras? Quem escolhe seu vestuário? Quem compra seus remédios? Como fica a possibilidade de decidir sobre pequenas escolhas? É importante para qualquer pessoa a decisão sobre as coisas que lhe são próprias no sentido do respeito à sua individualidade, identidade e sentimento de pertença. Esse dado pode conduzir à idéia de que o idoso perde o contato com o mundo no momento em que não administra suas decisões e que fica impedido de gestar seus bens.

Os motivos da aposentadoria dos idosos asilados são: 30,1% por idade; 18,2% por problemas de saúde; 16,5% por tempo de serviço. Ainda 14,2% não estão aposentados. Vale lembrar que para os que não estão aposentados e para os que não possuem renda, a permanência no asilo é garantida pelo pagamento efetuado pelos familiares. Há, entretanto, ainda alguns que são mantidos pela própria instituição e/ou por órgãos públicos.

**QUADRO 1**  
**OCUPAÇÃO NA MAIOR PARTE DA VIDA DOS IDOSOS**  
**INSTITUCIONALIZADOS DA REGIÃO NORDESTE DO RS SEGUNDO**  
**O SETOR DE VINCULAÇÃO – 2002**

Setores	Ocupação
Primário	Agricultura (65); pecuária (5); extrativo (1)
Secundário	Fábrica de caixões (1); fundição (2); Eberle – depósito (1); empalhador de cadeiras (1); auxiliar carga e descarga (1); supervisora de empresa (1); indústria (8); metalúrgico (1); serralheria (1); trapezista e bailarino (1); tecelão (1); departamento de pessoal (1)
Terciário	
Serviços	Empregada doméstica (21); cantina (2); costureira (5); auxiliar de pedreiro (2); pedreiro (5); mecânico (2); pintor (1); professor (2); faxineira (1); carpinteiro (1); datilógrafa (1); médico (1); hotelaria (1); técnico em farmácia (2); hospital (1); bordadeira (1); tradutora (1)
Comércio	Comerciante (1); malharia (2); comércio (9);
Transportes	Caminhoneiro (2); motorista (1)
Educação	Professor (2)
Administração Pública	Prefeitura (1); militar (1); batalhão ferroviário (1); batalhão de estrada (1)
Outras Atividades	Autônomo (1);
Fora do PEA	Dona de casa (9); não trabalhou (4); crochê (1)
NS/NR	(6);

Fonte: Pesquisa "O idoso institucionalizado da Região Nordeste do Rio Grande do Sul".

Obs.: Para manter-se a fidelidade, em "ocupação" o quadro registra as respostas como foram dadas pelos entrevistados ao serem questionados.

### **CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS** **INSTITUCIONALIZADOS**

Durante o processo de envelhecimento, os indivíduos passam por mudanças físicas, psicológicas e sociais. Uma das principais características sociais do ser humano idoso é o seu papel de aposentado, que gera um estereótipo representado por situações de discriminação e marginalização.

Estar aposentado e asilado é uma condição que leva frequentemente a sentir a velhice como uma fase negativa da vida. Nesse ciclo vital, o idoso geralmente negligencia seu movimento, sua auto-ex-



pressão. Isso leva a pensar que o significado do movimentar-se para os idosos está relacionado às suas experiências de vida, tais como trabalho, convivência social, família.

Mesmo que os estereótipos ou a discriminação baseada nos preconceitos possam ser uma constante na vida do idoso, envelhecer é o desejo da maioria da população. Ao observar as modificações que ocorrem nas pessoas idosas, constata-se que o envelhecimento é um processo lento, progressivo e caracterizado pela diminuição da atividade fisiológica e, assim, são esperados acúmulos de processos patológicos. Esses processos apresentam problemas específicos, que requerem medidas que promovam bem-estar, e podem ser resolvidos ou diminuídos com a ajuda de profissionais, familiares e/ou de outras pessoas que os cercam.

A percepção pessoal da saúde é tida como regular por 50,0% dos entrevistados e como boa por 33,0%. No entanto, é necessário ressaltar que 29,0% dos idosos asilados não apresentavam condições de saúde favorável que lhes permitissem participar das entrevistas.

O envelhecimento provoca minimização da funcionalidade dos sistemas, diminuição do sistema perceptivo evidenciado na diminuição da acuidade visual e auditiva e, sobretudo, o desgaste do aparelho locomotor refletido na cinestesia, desencadeando uma pior condição de perceber o corpo no espaço e no tempo em relação aos objetos e às demais pessoas.

O controle esfinteriano é mantido por 78,4% dos entrevistados, enquanto 11,4% o fazem com dificuldade, e 6,3% não o têm.

O percentual expressivo de 44,3% apresenta boas condições de visão. Com um estado de visão regular, verificaram-se 28,4% e ruim 22,7% dos idosos. É oportuno destacar que 39,8% necessitam de óculos. As restrições do sistema perceptivo auditivo são menores quando comparadas ao visual. Sem problemas auditivos constatou-se 59,7%, com muitas restrições 22,7% e com alguma dificuldade 14,8%. Isso remete às atividades realizadas pelos idosos nas instituições asilares no uso do tempo disponível: conversar com os amigos, assistir à televisão, ouvir rádio e música. Destaca-se também que somente 4% dos entrevistados afirmaram necessitar de aparelho auditivo, apesar de 37,5% relatarem que apresentam dificuldades de audição.

O controle postural necessário para a execução das ações motoras é alcançado através do acoplamento das informações sensoriais com as contrações musculares. Essa função de declínios sensoriais e motores e da interação dos idosos com o meio ambiente diminuírem, o processo de envelhecimento geralmente evidencia dificuldades crescentes desses indivíduos na realização de atividades cotidianas. Pessoas idosas controlam, diferentemente das pessoas mais jovens, o ato de sentar em cadeiras muito baixas, como também têm dificuldades para perceber os segmentos de seu corpo no espaço.

Entretanto, ao analisar-se a deambulação como uma das condições necessárias à plena autonomia dos indivíduos, constatou-se que 55,7% dos investigados movimentam-se sem problemas, inclusive para subir escadas. Necessitam de algum tipo de auxílio ou supervisão para caminhar 36,4% e utilizam-se de cadeira de rodas 6,9%. Constatou-se também que 15,9% dos entrevistados necessitam de apoio, de muleta e/ou bengala para caminhar. Apesar de ser pensamento corrente que os idosos asilados sejam debilitados, chama a atenção o fato de que 71,6% não sofreram fraturas, o que favorece o movimento desse idoso.

Pela análise das patologias referidas pelos idosos, constatou-se a predominância das doenças cardiocirculatórias, denominadas, no instrumento, como hipertensão, cardiopatias, isquemia e varizes, com 43,2%. As doenças osteo-articulares atingem 26%, depressão 10,2%, diabetes 7,4%, problemas urológicos 5,7%, gastrite 5,1%, problemas respiratórios 4,6%, neoplasias 2,3% e 17,6% não apresentam doenças.

Uma patologia é controlada, minimizada ou extinta com a utilização de vários recursos, inclusive medicamentos. Ao relacionar a predominância das patologias referidas pelos idosos e os tipos de medicamentos por eles utilizados, verificou-se que as doenças cardiocirculatórias são as patologias dominantes do grupo estudado. Conseqüentemente, as medicações específicas para essas patologias – cardiológicas e anti-hipertensiva e circulatória – obtiveram percentuais mais elevados, 73,8%.

Os antidepressivos e psicotrópicos, segundo tipo de medicação mais utilizada pelos idosos – 38,1% – não correspondem à hierarquia das patologias indicadas. Destaca-se que as medicações psiquiátricas e psico-

trópicas são de uso controlado e têm a finalidade de tranquilizar e deixar o idoso menos ansioso e tenso, além de minimizar os efeitos do processo depressivo, como também a indução do sono, uma vez que a dificuldade de dormir é uma queixa freqüente nessa faixa etária. A medicação psicotrópica também é coadjuvante no tratamento da hipertensão.

Associa-se a medicação analgésica e antiinflamatória utilizada por 15,3% dos idosos às doenças osteo-articulares apresentadas como a segunda patologia de maior incidência. Acrescenta-se ainda que essa medicação pode ser usada para aliviar dores conseqüentes de outras patologias.

TABELA 6  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS IDOSOS ASILADOS DA REGIÃO NORDESTE DO RS, SEGUNDO O TIPO DE MEDICAÇÃO USADA – 2002

Medicação	Frequência %
Medicação cardiológica e anti-hipertensiva	52,8
Medicação psiquiátrica e psicotrópica	38,1
Medicação para circulação	21
Medicação analgésica e antiinflamatória	15,3
Medicação para Diabetes Melitus	9,1
Medicação para Mal de Parkinson	8,5
Medicação para sistema digestivo	8,5
Vitaminas	7,9
Outros	16,4

Fonte: Pesquisa "O idoso institucionalizado da Região Nordeste do Rio Grande do Sul".

A tabela 6 apresenta os tipos de medicação utilizados pelos idosos asilados da Região Nordeste do RS. Tanto as patologias referidas pelos idosos quanto os medicamentos por eles ingeridos levam a deduzir que o uso desses fármacos é conseqüência de doenças típicas e presentes no envelhecimento, agravadas por fatores predisponentes (diabetes, obesidade, distanciamento dos familiares, desencadeadores do estresse).

Quanto aos serviços que os idosos utilizam em caso de necessidade de atendimento imediato, constatou-se o uso do SUS – Pronto Atendimento 24 horas – como o de maior destaque. Essa constatação aponta para as condições socioeconômicas dos asilados, os quais dependem do encaminhamento das instituições que os abrigam. As situações de urgência e emergência são atendidas por equipes externas. Outros serviços que são solicitados em caso de necessidade integram planos privados de saúde.

O acompanhamento das condições de saúde do idoso é realizado pela equipe de saúde da instituição que o abriga, representando 43,8%. Segue-se a unidade básica de saúde do bairro (24 horas) onde está localizada a casa asilar com 25%. O consultório médico particular é utilizado por 16% dos idosos. Ainda 10,2% dos asilados são atendidos na própria instituição, ou pela equipe da unidade básica de saúde ou ainda pelo atendimento particular.

Dos asilados, 36,9% estiveram internados em hospitais no último ano, dos quais 29,5% uma única vez. Observa-se também que a maior incidência de internações hospitalares, 21,1%, se dá nos quatro primeiros anos de asilamento, o que leva a supor que muitos idosos, ao chegarem ao asilo, já estão com a saúde comprometida.

Os hábitos de ingestão de álcool e o uso de fumo concorrem para os estados patológicos, pois são prejudiciais e fatores de alto risco à saúde, principalmente na velhice. É interessante e contraditório observar que o fumo não é inibido nas casas asilares, uma vez que 19,3% (14,8% dos homens e 4,5% das mulheres) ainda são fumantes, ao passo que o consumo de álcool não é permitido.

O asilo passa a ser opção de algumas famílias para coibir o uso de álcool por parte de algum familiar alcoolista. Esse fato faz com que a casa asilar, que deveria abrigar apenas idosos, passe a contar com internos dependentes de álcool situados em outras faixas etárias.

As doenças podem se refletir na necessidade de auxílio para o desenvolvimento de atividades cotidianas. A tabela 7 mostra a incidência de idosos que apresentam algum tipo de dependência e que precisam de ajuda para o atendimento das atividades da vida diária.



TABELA 7  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS  
DA REGIÃO NORDESTE DO RS, SEGUNDO A NECESSIDADE DE  
AUXÍLIO PARA TAREFAS DA VIDA DIÁRIA – 2002.

Necessidade de auxílio	Cuidar da casa	Tomar remédios	Realizar higiene pessoal	Alimentar-se	Movimentar-se
Sim	36,4	48,9	42,0	11,4	25,6
Não	63,1	39,8	56,8	86,9	73,9
Não se aplica	---	9,7	---	---	---
Não sabe/Não respondeu	0,6	1,7	1,1	1,7	0,6

Fonte: Pesquisa "O idoso institucionalizado da Região Nordeste do Rio Grande do Sul".

O fato de 63,1% dos asilados não auxiliarem nos cuidados da casa não significa necessariamente uma incapacidade para tal, mas é a orientação que a instituição dá aos seus internos. A necessidade de ajuda para tomar remédios também está, em muitos casos, relacionada à mesma orientação.

O ser humano deseja não só viver, mas viver bem. Entretanto, a busca por qualidade e amplitude do número de anos de vida conduz a refletir sobre valores que, muitas vezes, distanciaram o idoso de uma realidade aceitável e digna de ser tolerada. Deve-se ressaltar as características de um estado de possibilidades, de renovações e realizações independentes dos limites e das dificuldades dessas pessoas.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que o idoso asilado da Região Nordeste do RS é na sua maioria de cor branca, do sexo feminino, de baixa escolaridade, proveniente do meio rural, de religião católica. Há predomínio da faixa etária superior a setenta anos e, relativamente ao estado civil, de solteiros e viúvos. Tal instrumento revelou ainda que a grande maioria possui família e mesmo tendo filhos está internada. Constatou que esses idosos, antes de serem internados, moravam com familiares, e uma parcela deles morava sozinha, o que demonstra a necessidade de autonomia e independência

como condição de viver só. A maioria é aposentada. A renda é baixa, sendo que muitos desconhecem o valor de sua renda, o que lhes retira o poder de decidir sobre questões do cotidiano. Essa situação leva ao isolamento imposto e legitimado pela instituição e respaldado pela família. O tempo de asilamento é variável de menos de um ano a mais de dez anos. A maioria dos idosos é visitada por pessoas do núcleo familiar, e o número de visitas diminui à medida que aumenta o tempo de asilamento. Uma parcela dos internos não recebe visitas. As atividades laborais desenvolvidas durante a maior parte de suas vidas foram predominantemente ocupações não especializadas, o que pode ser um reflexo de sua baixa renda. A percepção que metade dos idosos entrevistados possui de sua saúde é regular e muitos ainda a consideram boa. É necessário ressaltar que um percentual expressivo de idosos asilados não foi entrevistado por não apresentar condições favoráveis de saúde.

Entretanto, é de conhecimento que há idosos internados em outros municípios da região que não os de origem. Por outro lado, pesquisa realizada na Região Nordeste do RS constatou que a quase totalidade dos idosos permanece nos seus domicílios.

Essas constatações sinalizam vários aspectos importantes que espelham a precariedade da realidade do idoso asilado da Região Nordeste do RS. A idade não é um determinante do asilamento, mas as condições de saúde, levando-se em consideração a capacidade funcional, relacionada à manutenção ou perda da autonomia e da independência. À medida que aumenta a faixa etária cresce o percentual de internados, o que comprova que a saúde declina com o passar dos anos. As condições socioeconômicas precárias do idoso ou da família podem constituir-se em motivos de asilamento. As necessidades básicas de alimentação, repouso, higiene e atenção à saúde são supridas pelos serviços prestados nas instituições.

Constituir família não garante a permanência do idoso no domicílio. Uma parcela está abandonada, e os laços familiares se fragilizam com o passar do tempo, levando os idosos a serem esquecidos.

Diante da constatação de precariedade das condições de vida desses idosos, ações podem ser implementadas no sentido de promover mudanças que possam melhorar seu viver:



- criação de um mecanismo por parte das instituições para preservar os vínculos com a família;
- orientação às instituições, através da ação dos conselhos municipais e outros órgãos governamentais e não governamentais, para conhecer melhor o processo de envelhecimento, com vistas a qualificar os serviços de atendimento;
- desenvolvimento de projetos ou ações por parte de órgãos ou instituições competentes junto à administração dos asilos para conhecimento da legislação pertinente, com vistas à adequação necessária, quando for o caso;
- promoção, por parte das instituições asilares, em parceria ou não, de ações essenciais ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, espirituais, de comunicação e interação social;
- promoção de programas e projetos intersetoriais de ações públicas para o idoso asilado;
- formação, por parte de instituições de ensino, de profissionais qualificados para atuarem junto aos idosos institucionalizados;
- realização de práticas de estágios curriculares junto às instituições asilares e seus usuários;
- atualização, por parte de instituições de ensino, dos recursos humanos que atuam nas casas asilares;
- sensibilizar segmentos da comunidade para auxiliarem na manutenção das instituições de longa permanência;
- mobilizar segmentos da comunidade a criar e manter novas instituições de longa permanência, de acordo com os requisitos legais;
- incentivar os dirigentes das casas asilares à participação dos idosos em atividades comunitárias;
- envolver, se possível e desejável, os idosos internados em atividades de vida diária, com vistas a mantê-los ativos, atuantes e participativos.



## NOTAS

- (\*) Os autores são pesquisadores que integram o Núcleo de Estudos do Envelhecimento, Universidade de Caxias do Sul. A pesquisa contou com a colaboração das bolsistas de iniciação científica Josiéle M. de Lima Nunes (CNPq), Verônica Bohm (Fapergs) e Valquíria Moschen (UCS).  
Fonte de Financiamento: Edital de Políticas Públicas/FAPERGS/2000/UCS.
- <sup>1</sup> Portarias Interministeriais: nº 810, de 22/9/1989, que estabelece as Normas para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos e nº 73, de 10/5/2001, que estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.
- <sup>2</sup> Em Caxias do Sul um trabalho conjunto vem sendo desenvolvido pela Universidade de Caxias do Sul e os administradores da maioria das instituições asilares do município, o que tem provocado mudanças e melhorias referentes à infra-estrutura, aos recursos humanos, à diversificação dos serviços e forma de atendimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIANCHI, Giovanni Ceso; CRISTINI, Carlo Angelo. *Elementi di psicogerontologia: qualita della vita*. Milano: Franco Angeli, 1998.
- BORGES, Maria Neli Ferreira. *História de Vacaria: evolução urbana e formação de bairros*. Caxias do Sul, RS: Educs, 2001. p.40.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estatísticas do século XX*. 2002. CD Rom.
- BRUYNE, Paul et al. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.
- CANÔAS, Cilene Swain. *A condição humana do velho*. São Paulo: Cortez, 1985.
- DEPS, Vera Lúcia. Ocupação do tempo livre sob a ótica de idosos residentes em instituições: análise de uma experiência. In: NERI, Anita Liberalesco. *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo: Papyrus, 1993.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SP). *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: Seade, 1990.
- GOFFMANN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GOODE, Willian J.; HATT, Paul K. *Métodos em pesquisa social*. São Paulo: Nacional, 1975.
- GROISMAN, Daniel. Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, Prorext/UFRGS, v.2, p. 67-87, 1999.



HERÉDIA, Vania Beatriz Merlotti; CASARA, Miriam Bonho. *Tempos vividos: identidade, memória e cultura do idoso*. Caxias do Sul: Educs, 2000.

QUIVY, Raymund; CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria Estadual da Cidadania, Trabalho e Assistência Social. Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul. Relatório preliminar. O Idoso do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida. Porto Alegre, RS: o Conselho, 1996.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1985.

VIDAL, Miguel Ángel; CLEMENTE, Miguel. Família e terceira idade: variables predictoras del abandono del ancianos. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, Prorext/UFRGS, v.2, p. 49-65, 1999.

XAVIER, Filho; FREITAS, Ernesto. *Onde colocar os velhos?* [s.d]. xerox

#### ABSTRACT

The objective of this study is to know what the conditions of the institutionalized elders people in the Northeastern Region of the State are and it is the result of a research made with old-aged people that live in fourteen long permanence institutions in the municipalities of Caxias do Sul, Bento Gonçalves, Vacaria and Carlos Barbosa. The study identifies the existent infra-structure, the human resources functional team, the services rendered and the population that uses these institutions. It defines the profile of the elders who live in care homes, tracing the aspects related to general data, to the social-cultural, economic and health conditions and the reasons for their being in an care home for elders.

KEYWORDS: Aged; Homes for the aged; Regional Health Planning, Rio Grande do Sul

Recebido para publicação em: 14/6/2004

Aprovado em: 05/8/2004

Correspondência para:

Miriam Bonho Casara

E-mail: mbcasara@ucs.br

Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade de Caxias do Sul

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - Cidade Universitária, Bloco H

95070-560 - Caxias do Sul, RS

***Base bibliográfica nacional de teses e dissertações sobre envelhecimento humano – Base Teses em Envelhecimento, CRDE / UnATI / UERJ***

*National bibliographic data base of theses and dissertation on human ageing – Theses on Ageing Data Base, CRDE / UnATI / UERJ*

Andréa Estevam de Amorim\*

*RESUMO*

O presente artigo tem por objetivo apresentar o Projeto Teses desenvolvido pelo Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Descreve como foi criado o Projeto e a sua base eletrônica de referências bibliográficas de teses e dissertações sobre envelhecimento humano, de abrangência nacional, foco central deste texto. Além de discorrer sobre a metodologia adotada, explica como o usuário pode consultar a base e utilizada em toda sua extensão.  
PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Bases de dados bibliográficas; Capacitação.

**INTRODUÇÃO**

O Projeto Teses teve início em 1999 através de um levantamento de teses e dissertações sobre envelhecimento humano, publicado no formato impresso com o título de *Catálogo Brasileiro de Teses e Dissertações na Área do Envelhecimento* (Prado et al, 1999). Composto por 96 referências, seu universo de busca foram as bibliotecas de universidades e instituições acadêmicas sediadas na cidade do Rio de Janeiro. Hoje, após três anos de pesquisa, com a ampliação da metodologia de identificação e busca, a incorporação de novas tecnologias e acordos de cooperação institucionais, podemos oferecer para consulta uma base de referências de 967 teses e dissertações no formato eletrônico composta até fins de 2003.

O Projeto originou-se de uma necessidade de condensar, em uma publicação, informações necessárias aos pesquisadores e estudantes que,

então, procuravam o Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em busca de produções acadêmicas sobre o envelhecimento humano, especificamente teses e dissertações. Estes documentos são importantes materiais de consulta, pois além da contribuição à construção do conhecimento, suas bibliografias e referências constituem verdadeiros índices bibliográficos nacionais e internacionais referendadas por *experts*.

A criação do Projeto Teses se confunde com a do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UnATI. O Centro foi oficialmente instituído em março de 1999 com o propósito de identificar, sistematizar e disseminar informações de abrangência nacional no campo do envelhecimento humano. E uma das primeiras ações do Centro foi publicar o já mencionado Catálogo. O que nos permitiu sair do formato convencional de publicação para o eletrônico foi o Convênio estabelecido entre a CRDE-UnATI e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Panamericana de Saúde (BIREME-OPAS). O CRDE tornou-se um Centro Cooperante da BIREME, colaborando na alimentação da base de dados bibliográficos "Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde" (LILACS) e participando do "Sistema Cooperativo de Acesso a Documentos" (SCAD). A expansão desta cooperação institucional vem se dando através de transferência de tecnologia de informação e treinamento da equipe o que possibilita dispormos de nossos acervos para consulta no formato eletrônico através da nossa página na *web*, incluindo textos completos.

O Projeto Teses tem por objetivos divulgar a produção nacional de teses e dissertações sobre envelhecimento humano, contribuir para produção de novos conhecimentos e preservar a memória científica nacional. A intenção da UnATI-UERJ, através do Projeto Teses, é colaborar para uma otimização da divulgação da pesquisa brasileira sobre envelhecimento humano. Este movimento é necessário porque, apesar da divulgação em congressos, palestras, entrevistas e artigos científicos permitirem veicular os resultados dos estudos, ainda assim a dispersão da localização física ou digital da obra dificulta o trabalho de investigação de pesquisadores e estudantes. Ao colocar à disposição do pesquisador uma base eletrônica

de abrangência nacional, o Projeto assume o caráter instrumental de disseminação da informação científica sobre envelhecimento humano de diferentes áreas do conhecimento.

Utilizamos a World Wide Web para divulgar nossos serviços e, através do portal [www.unati.uerj.br](http://www.unati.uerj.br), o usuário pode ter acesso a informações sobre cursos e eventos para a pessoa idosa oferecidos pela UnATI; as duas unidades ambulatoriais da UnATI - Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) e Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI); instituições asilares na Cidade do Rio de Janeiro; outros programas para terceira idade no Brasil; publicações eletrônicas e do selo editorial UnATI/UERJ; o material disponível em nosso acervo por meio de consulta a base eletrônica; cursos de pós-graduação em geriatria e gerontologia em âmbito nacional; legislação nacional, estadual e municipal por assunto e em texto integral; grupos de pesquisa no Brasil com linhas de investigação sobre envelhecimento humano cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; notícias sobre a UnATI veiculadas na mídia impressa; a nossa revista *Textos sobre Envelhecimento* editada semestralmente desde 1998 e a base eletrônica de referências bibliográficas de teses e dissertações, tema deste artigo.

Atendemos deste modo a uma diversidade de usuários: profissionais de diversas áreas; estudantes do ensino médio; alunos de graduação; pesquisadores; instituições; jornalistas; assessores parlamentares; familiares de idosos e a razão de ser da UnATI – as pessoas com mais de sessenta anos de idade.

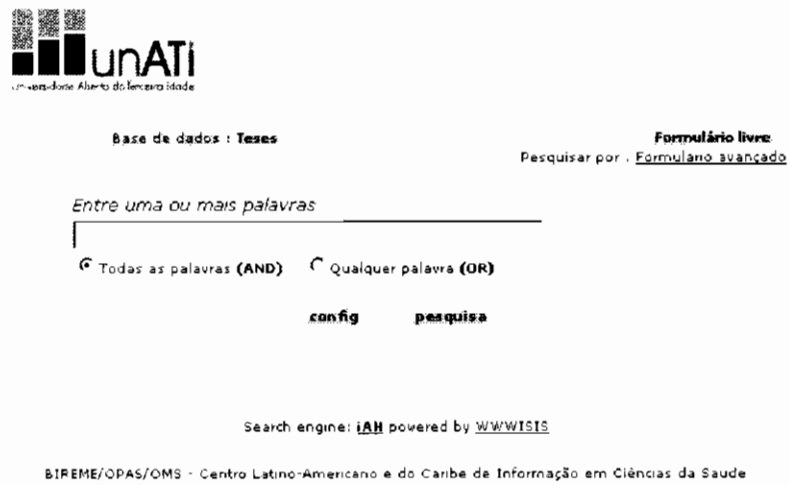
O usuário poderá acessar a base eletrônica do Projeto Teses por meio de um link denominado “Base Teses”, disponível no portal da UnATI ou através do endereço na web <<http://www.unati.uerj.br/crde/teses/catalogo.htm>>. A Base foi desenvolvida no software MicroISIS, da UNESCO. Seu formato eletrônico permite ao usuário realizar consultas, ter acesso aos dados dos registros bibliográficos disponíveis além de dispor hiperlinks de acesso às bibliotecas depositárias da obra. Um leitor mais interessado poderá, a partir desta busca, consultar a base de currículos Lattes CNPq ou a base SciELO da BIREME para averiguar mais detalhes como grupos de pesquisas, pesquisadores que publicam em conjunto, congressos e a quem cita, por exemplo. É para aquele que não está habituado com as


ferramentas para elaboração de uma pesquisa bibliográfica dispomos de um *link* com orientações de como realizá-la.

A consulta a nossa base poderá ser realizada de três modos: formulário simples de pesquisa; formulário avançado de pesquisa e relação de todas as obras disponíveis de forma retroativa.

Tanto no formulário simples (figura 1) como no avançado (figura 2) o usuário pode utilizar o recurso dos operadores lógicos que relacionam termos na montagem de uma expressão de busca. O operador “*and*” serve para restringir o resultado, apenas será mostrado os registros que possuírem todas as palavras descritas, exemplo: depressão *and* mulher. Utiliza-se o operador “*or*” para ampliar o resultado de busca somando termos porque se somente uma das palavras estiver presente no registro ele será visualizado, exemplo: aposentadoria *or* aposentados. Podemos ainda mesclar os operadores lógicos de busca, exemplo: velhice *and* envelhecimento *or* memória. Neste caso o resultado exibirá todos registros que possuem a combinação de termos memória/velhice e memória/envelhecimento. Além dos operadores lógicos, existe um operador de truncagem representado pelo símbolo de cifrão “\$” empregado para recuperar todas as palavras com o mesmo radical. Exemplos: cuid\$ - cuidado, cuidador, cuidadora, cuidadores, cuidadoras e cuidar; idos\$ - idoso, idosa, idosos e idosas.

FIGURA 1 - FORMULÁRIO SIMPLES DE BUSCA





Base de dados : **Teses** Formulário livre

Pesquisar por : [Formulário avançado](#)

Entre uma ou mais palavras

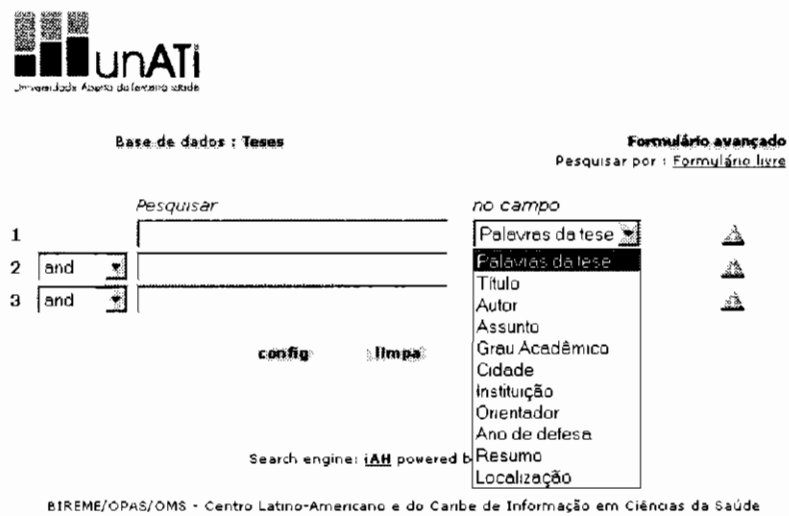
Todas as palavras (AND)
  Qualquer palavra (OR)


[config](#)    [pesquisa](#)

Search engine: [IAH](#) powered by [WWWISIS](#)

BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

FIGURA 2 – FORMULÁRIO AVANÇADO DE BUSCA





Base de dados : **Teses** **Formulário avançado**

Pesquisar por : [Formulário livre](#)

Pesquisar no campo

1		<input type="text"/>	<input type="text" value="Palavras da tese"/>
2	<input type="text" value="and"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Palavras da tese"/>
3	<input type="text" value="and"/>	<input type="text"/>	Título Autor Assunto Grau Acadêmico Cidade Instituição Orientador Ano de defesa Resumo Localização

[config](#)    [limpa](#)

Search engine: [IAH](#) powered by [WWWISIS](#)

BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde


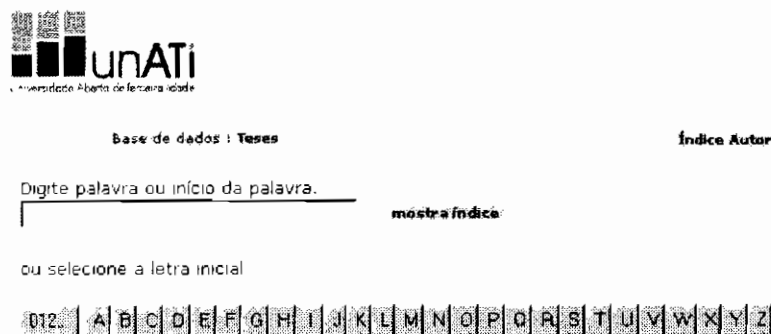
O diferencial do formulário avançado é a possibilidade de refinar a busca desejada através de três mecanismos – escolha do campo específico de busca, acesso aos índices e a possibilidade de uso de mais um operador lógico. Outro operador disponível para recuperar a informação desejada é o “*and not*”, usado para restringir o resultado mostrando somente os registros que contenham o primeiro termo descrito destituído do segundo. Exemplo: obesidade *and not* mórbida. Para cada campo de busca existe um índice específico formado por todas as palavras que o compõe na Base, para utilizar este recurso deve-se escolher um campo e acessar o índice através do símbolo  (figura 3).

FIGURA 3 – FORMULÁRIO AVANÇADO NA MODALIDADE DE BUSCA POR ÍNDICE, CAMPO UTILIZADO PARA EXEMPLO – AUTOR.



Os resultados obtidos, além de serem visualizados pela tela do computador, podem ser impressos e enviados para o computador do usuário, independente do formulário escolhido para realizar a pesquisa. O formato de apresentação do resultado dispõe para cada registro, no lado esquerda da tela, de uma caixa de seleção do registro e um ícone para imprimi-lo (figura 4). A opção “enviar resultado” sempre estará disponível na barra superior da tela e permite o envio integral ou parcial dos registros listados no resultado (figura 5).



FIGURA 4 – FORMATO DE APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DE BUSCA (EXEMPLO)

[sua seleção](#)   [enviar resultado](#)   [nova pesquisa](#)   [config](#)   [fim da página](#)

Base de dados: **Teses**  
Pesquisa: **angela [Autor] and uerj [Instituição]**  
Referências encontradas: **1 [refinar]**  
Mostrando: **1..1** no formato [Padrão]

*página 1 de 1*



1 / 1   **Teses**  
 *seleciona*   **Id: 555**  
 *para imprimir*   **Autor: SILVA, Angela Maria Carneiro**  
**Título: Um certo olhar sobre a velhice - a narrativa memorialista de Pedro Nava**  
**Grau Acadêmico: Mestrado**  
**Cidade: Rio de Janeiro**  
**Instituição: UERJ - Universidade Estadual de Rio de Janeiro**  
**Unidade Acadêmica: Instituto de Medicina Social**  
**Orientador: Benilton Bezerra Junior**  
**Data: 2001**

FIGURA 5 – TELA



**Enviar resultado**

Quais referências ?

- Todas as referências (76)
- Intervalo de referências de  a
- Referências selecionadas (2)

Opções de envio

- enviar para impressão
- enviar para seu computador no formato

[cancela](#)   [envia](#)

A metodologia de identificação e busca da produção acadêmica caracteriza-se por ser um trabalho meticuloso e demorado. Iniciamos em 2001 uma nova etapa – consulta aos catálogos das bibliotecas disponíveis para consulta na internet. As pesquisas foram e continuam sendo realizadas nas seguintes bases: o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (<http://www.capes.gov.br>); o sistema de buscas por currículos na Plataforma Lattes do CNPq (<http://genos.cnpq.br:12010/dwlattes/owa/consultapesq.inicio>); a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT (<http://www.ibict.br/bdtd/inicio.htm>); A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da BIREME (<http://www.bireme.br>) principalmente a base LILACS; assim como visitamos e consultamos páginas de bibliotecas e de programas de pós-graduação de instituições de ensino, públicas e privadas, de todo o Brasil.

A identificação das obras ocorreu por dois meios: palavras-chaves e leitura de listagens. A recuperação da informação nas instituições que têm seus acervos on-line, através de instrumento de busca bibliográfica no formato eletrônico, se deu por meio do uso das seguintes palavras-chave e suas derivações e associações: idoso, velho, velhice, envelhecimento, aposentadoria, asilos, gerontologia, geriatria e a expressão terceira idade. A análise dos resultados das buscas efetuadas nos acervos é importante por várias razões. A primeira é excluir as referências que não fazem alusão ao envelhecimento humano, mas sim ao de animais, vegetais e materiais. Feito isso, passa-se a conferir se a obra já compõe a Base Teses. Caso já faça parte, comparam-se todos os dados, principalmente da biblioteca depositária. Graças a este trabalho, hoje temos registros, como já foi dito, com mais de seis localizações. Tratando-se de um novo registro, conferem-se os dados necessários de nossa base; quando os dados encontrados são insuficientes, armazenamo-los em um arquivo à parte da base de dados até que consigamos recuperar todos os dados para que a referência seja colocada à disposição para consulta ao usuário.

Um dos limites desta metodologia é a própria eleição do meio *on line* como escopo de busca. As instituições de ensino superior que possuem bibliotecas com consulta eletrônica via *internet* iniciaram seus bancos disponibilizando referências bibliográficas de teses e dissertações de forma

retroativa. Além disso, a produção que compõe a base teses não representa toda a produção nacional sobre envelhecimento humano. Uma representatividade próxima à realidade será obtida quando iniciarmos a etapa de busca de forma direta com os programas e bibliotecas de instituições de ensino superior.

Para cada tese ou dissertação procuramos identificar os seguintes dados: nome do autor, título da obra, grau acadêmico obtido, cidade do programa de pós-graduação, instituição acadêmica, unidade acadêmica, orientador, ano de defesa, palavras-chave, resumo e localização das bibliotecas depositárias da obra. Esses dados são importantes porque compõem a referência da obra que será divulgada na Base, formada por onze campos com denominação semelhante aos dados descritos. À parte disto existem seis campos criados especificamente para atender nossos estudos e levantamentos quantitativos sobre a Base Teses; esses campos não estão disponíveis para o usuário.

Nem sempre é possível no campo “localização” divulgar um *hyperlink* de acesso à biblioteca depositária da obra por não haver disponível uma localização na *web*. Nestes casos, no campo localização estará descrito o nome da biblioteca seguido da sigla da instituição da qual faz parte. Em média, disponibilizamos dois endereços de páginas de bibliotecas por meio de *hyperlinks*. Em alguns casos há registros com até seis. Com a difusão das bibliotecas digitais também divulgamos o endereço de acesso ao texto integral da obra.

Certamente há teses e dissertações que ainda não foram identificadas, em especial aquelas que estão localizadas em instituições que não disponibilizam seus acervos para consulta na Internet e aquelas concluídas recentemente e que ainda não constam nos acervos *on line*.

Atualmente, 981 referências estão postas à consulta, sendo a maioria de Dissertações de programas de pós-graduação *stricto sensu* de todas as regiões do país. Mensalmente a base é atualizada com novos registros ou inclusões de novas localizações de algumas obras.

A Base Teses é constituída de dissertações de mestrado, teses de doutorado e teses de livre docência de instituições acadêmicas nacionais.

Também foram consideradas as obras de autores brasileiros obtidas em programas de pós-graduações no exterior desde que se refiram a questões relativas ao envelhecimento humano no Brasil. Alguns trabalhos que não se enquadram nesses perfis compõem a base por conta de sua relevância histórica. Referimo-nos especificamente às monografias de conclusão do curso de medicina em fins do século XIX e início do século XX que versavam sobre o tema *hygiene e velhice*.

Uma vantagem de uma base de dados específica sobre envelhecimento humano é a possibilidade de acompanhar a produção nacional de maneira ampla ou específica.

Outra vantagem de uma base temática é a facilidade para o usuário de obter informações não tendo que se deparar, deste modo, com sistemas manuais ou com uma diversidade de tecnologias de recuperação de informação. Em nossa rotina de trabalho podemos constatar que existem diferentes serviços de recuperação de informação bibliográfica, essa diversidade pode ser tornar um obstáculo se o usuário não estiver familiarizado com o ambiente gráfico da web, por exemplo.

No futuro temos a intenção de integrar a Base Teses com a base de currículos Lattes do CNPq e a base SciELO da BIREME através da criação de enlaces, ampliando nossa conectividade com outras redes de informação, oferecendo ao usuário condições de enriquecer suas buscas a partir do registro.

A UnATI, através do Projeto Teses, procura tornar mais visível e acessível a produção acadêmica nacional sobre envelhecimento humano, contribuindo deste modo para a comunicação científica no país.

#### NOTAS

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

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRADO, Shirley Donizete; AMORIM, Andréa Estevam, ABREU; Conceição Ramos de. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento UnATI-UERJ: identificação, sistematização e disseminação de informações sobre envelhecimento humano no Brasil. *Textos sobre envelhecimento* [online]. 2003, v. 6, n. 1.

Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282003000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100005&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1517-5928 (versão impressa).

PRADO, Shirley Donizete ;TAVARES, Elda Lima; SILVA, Flávia Regina Costa da. Catálogo brasileiro de dissertações e teses na área do envelhecimento. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/UERJ, 1999.

TEIXEIRA, Cenidalva Miranda de Sousa; SCHIEL, Ulrich. A internet e seu impacto nos processos de recuperação da informação. *Ci. Inf.* [online]. jan./abr. 1997, v.26, n.1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-19651997000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19651997000100009&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0100-1965

### ABSTRACT

This article present the *Theses Project*, carried out at the Reference and Documentation Center on the Elderly (CRDE), from the Open University for Studies on the Elderly (UnATI), at Rio de Janeiro State University. The Project's creation and the nationwide electronic database on theses and dissertations on human ageing, main focus of this work, are described here. It also discourses on the methodology and explains how users can access the database st full length.

KEYWORDS: Ageing; Databases Bibliographic; Training.

Recebido para publicação em: 05/4/2004

Aprovado em: 30/7/2004

Correspondência: crdtese@uerj.br e aestevam@hotmail.com



*Avaliação global de idosos em unidades de PSF*  
*Elderlies' global evaluation in units of the Family Health Program*

Rosane Oliveira Pacheco<sup>1</sup>  
Silvana Sidney Costa Santos<sup>2</sup>

*RESUMO*

O objetivo deste estudo foi identificar as condições cognitivas, afetivas e funcionais de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde de Família de três municípios de Pernambuco. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado em três Unidades de Saúde da Família dos municípios de Alagoinha, Bonito e Ipojuca. Como instrumento utilizou-se um formulário de avaliação de idosos, contendo: caracterização do idoso, avaliação cognitiva, avaliação afetiva, avaliação funcional e impressão do entrevistador, aplicado por meio da entrevista estruturada, seguida de observação. Como resultado constatou-se predominância de mulheres idosas, mais analfabetas que letradas, idade entre 60 e 69 anos, mais casadas e com a maior renda familiar do casal de idosos. Os idosos procuraram a Unidade de Saúde da Família (USF) com uma ou duas queixas, mas no interrogatório sintomatológico foram identificados até quatorze queixas. Dos 30 idosos investigados, um apresentou resultado sugestivo de distúrbio cognitivo; oito apresentaram escore indicativo de distúrbio afetivo, e quatro de distúrbios funcionais. Percebeu-se a necessidade de implantação e implementação de atendimento sistemático ao idoso, organizando-se formulário de avaliação global, considerando a sua viabilização nas ações do Programa de Saúde da Família, entre outras ações.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família; Avaliação Geriátrica; Meia Idade; Idoso; Alagoinha (PE); Bonito (PE); Ipojuca (PE).

**INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é hoje um fenômeno universal, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. No Brasil, impressiona a rapidez com que tem ocorrido, visto que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano de 2025, a população idosa no Brasil crescerá 16 vezes, contra cinco vezes da população total. Isso classifica o

país como a sexta população do mundo em idosos, correspondendo a mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (Esteves, 1998). Sendo assim, percebemos que não há mais sentido falar que o Brasil é um país de jovens.

Em 1900, a expectativa de vida no Brasil não ultrapassava os 33,7 anos; em 1940 alcançou 39 anos; em 1950 chegou a 43,2 anos; em 1960 já era 55,9 anos; entre as décadas de 60 e 80 alcançou os 63,4 anos. Atualmente, está em 68 anos e em 2025 será de 80 anos. Hoje, os idosos são cerca de 14 milhões de brasileiros, o que significa mais de 9% de uma população de mais de 170 milhões de habitantes (Câmara dos Deputados, 2001).

A mudança na composição populacional já começou a provocar conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas preocupantes hoje, e talvez alarmantes no futuro. Consideramos que a conseqüência epidemiológica de maior expressão é a transição epidemiológica, fenômeno responsável pela mudança do perfil de doença, no qual as doenças infecto-parasitárias cedem lugar progressivamente às doenças crônicas não-transmissíveis, mais complexas e onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas.

Os idosos, por apresentarem características bastante peculiares das demais faixas etárias, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa, a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. Portanto, faz-se necessário priorizar, no seu atendimento, a avaliação multidimensional, geriátrica abrangente ou avaliação global.

Menezes (1994) sugere que, de uma forma simplista, a avaliação multidimensional significaria coletar dados capazes de medir conseqüências, deixando para um plano posterior a investigação das causas dos distúrbios na qualidade de vida do idoso "examinado". Portanto, a observação de uma capacidade funcional temporária, ou permanente, que por si só implica interferência sobre a autonomia e independência, mereceria condutas que tentassem reverter o processo para um estado de capacitação plena ou adaptada.

Rubenstein (1995) ressalta que a avaliação multidimensional visa a desenvolver um plano abrangente para a terapia e acompanhamento em



longo prazo, e constitui um diagnóstico multidisciplinar, designado para quantificar os problemas e capacidades funcionais e psicossociais de um idoso. A avaliação multidimensional é essencial no cuidado ao idoso, porque: oferece uma abordagem sistemática para avaliar *déficits* do idoso que geralmente passam despercebidos; ajuda o profissional a identificar problemas e utilizar recursos adequados (tipo de tratamento); proporciona um meio para avaliar o progresso e a deterioração com o processo de envelhecimento; auxilia o profissional na avaliação da capacidade do idoso de viver sozinho e em segurança.

Na percepção de Maciel (2002), a avaliação global tem por objetivo desenvolver um plano adequado de tratamento e acompanhamento em longo prazo, mostrando, assim, que a avaliação multidimensional do idoso compreende uma forma de se avaliar seu nível de saúde ou de qualidade de vida, sendo instrumento de fundamental importância para os trabalhadores de saúde que atendem aos idosos.

No entendimento de Mota (1998), a falta de uma avaliação geriátrica correta está diretamente ligada ao retorno da internação e ao maior uso dos serviços de saúde. Isto pode ser observado na prática, quando nos deparamos com um idoso que já passou por diversos serviços de saúde e, como ele mesmo refere, “ninguém ainda conseguiu resolver o meu problema” – o que se deve ao fato de só se tratar a queixa principal, desmerecendo-se o idoso como um todo.

Costa *et al.* (2000), em trabalho publicado no informe epidemiológico do Sistema Único de Saúde (SUS), verificaram que os gastos proporcionais do SUS com as internações hospitalares de idosos foram superiores a 17% em todas as regiões brasileiras, exceto na Região Norte. Nas regiões Sudeste e Sul, os gastos com idosos foram superiores a 25%. Para esses autores, o envelhecimento tem sido associado a uma prevalência aumentada de doenças crônicas, incapacidade e morte. No entanto, pesquisas recentes indicam que doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento e que o uso dos serviços preventivos, eliminação de fatores de riscos e adoção de hábitos saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável.

Entendemos que a porta de entrada ao serviço de saúde, a que melhor contribuição dá à manutenção de hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida ao ser humano, seja o Programa de Saúde da Família (PSF). Este é um serviço de atenção básica que trabalha buscando a promoção da saúde e prevenção da doença, para o ser humano, seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso.

A partir de Araújo (2003), verificamos que o Programa de Saúde da Família teve início no Ceará em janeiro de 1994, no município de Quixadá. Seu objetivo principal era melhorar os indicadores de mortalidade infantil e materna, que eram elevados no Brasil e maiores ainda na Região Norte-Nordeste do país. O sistema de trabalho focalizava as ações básicas de saúde: acompanhamento pré-natal, imunização, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino, hipertensão e diabetes, além de outros.

O trabalho com a saúde do idoso, dentro do PSF de Fortaleza, já é desenvolvido em algumas unidades de saúde, por iniciativa das próprias equipes que, observando o crescimento dessa camada da população, definiram várias estratégias de trabalho, como os grupos de caminhadas semanais e grupos de auto-ajuda, além de visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem aos hipertensos e diabéticos, preconizadas pelo Programa.

Concordamos com Araújo (2003), que defende que o trabalho com grupo de idosos é viável e importante, pois os profissionais de saúde da família têm acesso a todas as famílias adstritas à área de abrangência. Acreditamos que, se os profissionais de saúde que trabalham nas Unidades de Saúde da Família adotassem uma rotina bem estabelecida de atendimento ao idoso, abordando-os corretamente – não tratando apenas seus sintomas isoladamente, mas considerando suas características peculiares, vendo o idoso como um todo, através de uma avaliação global – conseguiríamos, concordando com a opinião de Palmer *apud* Mota (1999), que essas ações reduzissem muito dos índices de internação apresentados pelo SUS, que muitas vezes resultam em perda da independência e aquisição de novas incapacidades.

Programas de prevenção de doenças e de promoção à saúde do idoso, bem como a garantia de um atendimento adequado, não são ações

para o futuro, mas necessidades para hoje. Ressaltamos que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989 *apud* Mota, 1999, p. 50) "recomenda o desenvolvimento de estudos e pesquisas que subsidiem a tomada de decisão e dirijam as ações e prioridades ao nível de políticas públicas relativas ao idoso".

Diante do que preconiza a OMS e do fato de o SUS ser descentralizado – suas ações de saúde são de responsabilidade dos municípios –, e considerando que a Política Nacional de Saúde do Idoso deva ser de responsabilidade também do município, surgiu como interesse deste grupo a necessidade de identificar as condições cognitivas, afetivas e funcionais de idosos cadastrados em Unidade de Saúde da Família dos municípios de Alagoinha, Bonitos e Ipojuca – este, objetivo do presente estudo.

### *CAMINHO METODOLÓGICO*

Trata-se de estudo do tipo exploratório e descritivo, cuja população foi constituída pelo somatório do número de idosos cadastrados nas unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios de Alagoinha (339 idosos), Bonito (393 idosos) e Ipojuca (664 idosos), totalizando 1.396 idosos – todos municípios situados no estado de Pernambuco, Brasil. A amostra foi constituída de 30 idosos, selecionados a partir da demanda espontânea dos dez primeiros idosos que compareceram à Unidade de Saúde da Família (USF), para consulta no período de maio a julho de 2003 e que aceitaram participar da pesquisa.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário com questões objetivas e subjetivas, com teste e escalas de avaliação, que apresentaram certo grau de validação e confiabilidade, já validados e utilizados amplamente nas avaliações geronto-geriátricas. O instrumento foi constituído de cinco partes, assim apresentadas:

1ª Caracterização do idoso – elementos de identificação, questões sociais e história clínica.

2ª Avaliação cognitiva – Mini-exame do Estado Mental de Folstein, utilizado para avaliar idosos, podendo ser aplicado por qualquer pessoa treinada. Objetiva filtrar prejuízos cognitivos e medir a severidade das

demências (Green, 2001). O teste avalia orientação temporal, orientação espacial, atenção (registro), capacidade para realização de cálculos simples, memória recente e linguagem. O escore vai de 0 a 30. Na opinião de Machado (2003), esse teste tem, em média, uma sensibilidade de 83% e uma especificidade de 82% para a detecção de demências. Para os idosos com mais de oito anos de escolaridade, considera-se (Vieira; Koenig, 2002): (a) escore de 30 a 26 – função cognitiva preservada; (b) escore de 26 a 24 – alteração não sugestiva de déficit; (c) escore de 23 pontos ou menos – sugestivo de déficit cognitivo (não é critério de diagnóstico para demência). Para idosos com baixa escolaridade, utilizam-se os seguintes pontos de corte (Bertolucci, 1994 *apud* Maciel): (a) analfabeto – 13; (b) baixa escolaridade (1 a 4 anos) – 13; (c) média escolaridade (4 a 8 anos) – 18; (d) alta escolaridade (acima de 8 anos) – 26. Priorizamos, em nosso estudo, o ponto de corte de Bertolucci, por termos tido maior número de pesquisados analfabetos e/ou de baixa escolaridade.

3ª Avaliação afetiva – Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, versão ampliada, com 30 itens com questões fechadas em “sim ou não”. Pontuação total é 30. Pontuações maiores ou iguais a 11 são indicativas de transtorno afetivo (Reichel, 2001).

4ª Avaliação funcional – Escala de Atividade Física e Instrumental de Vida Diária, que pode ser utilizada em idosos que vivem na comunidade e em instituição (Bowling, 1994), e ainda que freqüentam grupos de convivência, procuram ambulatórios e postos de saúde, por si só (Cardoso; Gonçalves, 1996). É de fácil uso e se destina a medir a autonomia nas atividades de vida diária (AVD) no aspecto físico e instrumental. Sua aplicação pode ser feita tanto quantitativa quanto qualitativamente, e poderá detectar ou prever instalações de deficiência que favoreçam a intervenção preventiva ou retardamento das incapacidades (Cardoso; Gonçalves, 1996).

5ª Impressão do entrevistador – informações e/ou observações que o entrevistador julgar necessárias durante e/ou após a entrevista.

Para elaboração desse instrumento, seguimos os modelos do Instrumento de Avaliação Geronto-geriátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1999) e da Avaliação Multidimensional do Idoso (Santos, *et al.*, 2003), instrumento utilizado nas

atividades da disciplina Enfermagem e Saúde do Idoso, da FENSG, UPE. Nosso instrumento foi aplicado por meio da entrevista estruturada e da observação.


Antes de aplicar o instrumento proposto, foi entregue ao entrevistado o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento, que considera os aspectos éticos presentes na Resolução n.º 196/96 (Brasil, 1996), que normatiza a pesquisa em seres humanos.

### *APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS*

Quanto ao sexo, verificamos que mais mulheres foram identificadas no estudo (17 mulheres e 13 homens), o que comprova o fenômeno de feminização do processo do envelhecimento. Conforme nos aponta Berquó (1999), a feminização vem ocorrendo desde o final da década de 80, mas há muito tempo tem sido superior; no país, o número absoluto de mulheres idosas, quando comparado ao de homens idosos. Percebemos a importância de conhecer a distribuição dos idosos por sexo para se implantar e implementar as políticas públicas – em especial, as da saúde.

Em relação à faixa etária predominante dos idosos pesquisados, encontramos as de 60-69 anos (18 idosos); porém se espera que a população idosa se torne, a cada dia, mais envelhecida. Com o aumento da idade, os idosos necessitarão de cuidados mais específicos, sendo necessária a capacitação dos profissionais de saúde no seu cuidado e a adequação dos serviços de saúde para atender satisfatoriamente a esse contingente populacional.

Na situação conjugal, os idosos casados foram predominantes (18 idosos). Percebemos que mulheres ficam solteiras e permanecem viúvas mais do que homens e, em relação a isto, Veras (1994) afirma que é incomum o casamento nos maiores de 60 anos, porém os homens têm mais possibilidade de realizá-los do que as mulheres. A situação de viuvez mais acentuada nas idosas do que nos idosos é justificada porque as mulheres vivem mais do que os homens, o que foi explicado também por Veras (1994), pelos seguintes motivos: as mulheres se expõem menos a riscos ocupacionais, homicídios e suicídios; consomem menos álcool e fumo; procuram mais sistematicamente os serviços de saúde.



---

Quanto à renda do idoso, verificamos que a renda do casal, representada pelas aposentadorias, foi a mais informada: dos 30 idosos pesquisados, 26 prestam algum tipo de ajuda aos seus familiares, sendo que em 18 deles a ajuda é financeira. Não podemos deixar de tornar relevante a importância das aposentadorias na vida dos idosos, mesmo considerando que são muito baixos os valores das aposentadorias e pensões dos idosos brasileiros – estas muitas vezes constituem não só sua principal fonte de renda, mas a única fonte de renda de toda a família sob a responsabilidade do idoso. Chaimowicz (1998, p. 65) afirma que “em 1998, quase 90% dos idosos aposentados no Brasil recebiam contribuições de até 2,5 salários mínimos”.

Em relação à escolaridade dos idosos pesquisados, verificamos que foram predominantes, entre eles, as condições de não saber ler nem escrever e de relativamente pouco tempo de escolarização (17 idosos). Fatos já esperados, considerando-se que décadas atrás as dificuldades de acesso à educação eram bem maiores que hoje, sobretudo para as mulheres. Como os idosos tendem a ter pouca escolaridade, muitas vezes buscam melhores condições de sobrevivência para compensar a baixa aposentadoria, e acabam frustrados e expostos a dificuldades diversas. Chaimowicz (1998, p. 64) afirma que “à medida que coortes mais jovens forem evoluindo através da pirâmide etária, a proporção de alfabetizados idosos deverá crescer”. Porém, muitas iniciativas públicas e ações não-governamentais se voltam para a alfabetização dos maiores de 60 anos.

Quanto ao escore e classificação dos idosos originados da aplicação do *Mini Mental Test* (MNT), dos 30 idosos investigados, um se apresentou como sugestivo de déficit cognitivo. Dos 30 pesquisados, 20 apresentaram esquecimento e 8 desorientação no interrogatório sintomatológico, sintomas que direcionam a problemas de ordem cognitiva. Algo que impressionou o grupo foi a facilidade dos idosos pesquisados para cálculos.

Em relação à companhia de moradia, pudemos constatar que, no grupo investigado, são poucos os idosos que moram sozinhos e que 16 dos investigados mantêm filhos, filhas, noras, genros e netos em suas residências; dos 30 idosos entrevistados, 26 são proprietários de suas residências. A manutenção, pelos idosos, de filhos casados em suas casas, parece ter correlação com a situação de desemprego que atinge as pessoas adul-

tas do país – momento em que esses adultos recorrem aos pais, cujas aposentadorias garantem sua sobrevivência e a de sua família.

Quanto ao número de filhos, percebemos o grande número de prole dos idosos investigados. Fato esperado, considerando-se que a taxa de fecundidade era bem alta décadas atrás. Chaimowicz (1998) afirma que “a taxa de fecundidade caiu mais de 50% entre 1970 e 1991 (de 5,8 para 2,7 filhos por mulher)”.

Perguntando-se com quem o idoso conta em caso de doença, foram predominantes as respostas relacionadas aos filhos e esposos (18 idosos). Em estudo realizado em Recife, estado de Pernambuco, com 50 idosos internados em serviços do SUS, Santos (1997) comprovou que os idosos, quando doentes, contavam mais com os vizinhos do que com os familiares. Talvez se possa inferir que os idosos de cidades menores contam mais com os filhos de que os idosos das grandes cidades, porque, para os últimos, apesar de os filhos morarem na mesma cidade, muitas vezes enfrentam dificuldades de acesso: distância, falta de dinheiro para passagens e outras, fato que não ocorre com os idosos residentes em cidade menores.

Quanto à participação dos idosos pesquisados em atividades diversas, incluindo grupos, associações gerais e específicas (grupos de terceira idade) e outros, comprovamos, nos 30 investigados, que seis não realizam nenhum tipo de atividade. Dos 24 idosos que referiram atividades regulares, citam-se as participações em grupos religiosos, grupos de terceira idade, realização de caminhadas e ginásticas. As atividades sistemáticas, que incluem reuniões sociais, reuniões de grupos afins e a realização de atividades físicas são muito importantes na vida das pessoas, sobretudo dos idosos. As atividades lhes trazem vários benefícios, entre os quais: socialização, envelhecimento mais saudável, melhoria da auto-estima, estímulo à criatividade, combate à insônia e tantos outros.

As caminhadas são as atividades físicas que melhor se adaptam aos idosos. As orientações de Mazo, Lopes e Benedetti (2001, p. 157), são as seguintes:

Caminhadas são atividades físicas [do tipo] aeróbica, que deve ser praticada regularmente, três a cinco vezes por semana, com duração de 30 minutos ou mais, conforme a condição física inicial [...]. Para se

atingir ganhos com a caminhada, deve-se caminhar sempre, mas não em excesso. [...] a caminhada deve ser recomendada como parte dos programas de atividade física por ser um movimento natural, de fácil realização e de ótimos resultados na prevenção das doenças crônico-degenerativas e para um envelhecimento com autonomia e capacidade funcional.

Quanto às atividades de lazer, os idosos do estudo consideraram que assistir à TV e ouvir música em casa não são atividades de lazer. Para eles, a noção de lazer está relacionada a atividades que requerem dispêndio de dinheiro para sua realização e não, em ser uma atividade prazerosa, que muitas vezes não exige o gasto financeiro. Mazo, Lopes e Benedetti (2001) chamam a atenção dos órgãos governamentais para o estabelecimento de áreas físicas e atividades de lazer direcionadas aos idosos, em cumprimento à Política Nacional do Idoso. Também consideramos relevantes as questões de acessibilidade: presença de rampas, corrimões, piso antiderrapante e outras, nessas áreas físicas.

Perguntando-se aos idosos como eles comparavam seu estado de saúde, com outros idosos, percebemos que, dos 30 pesquisados, 20 disseram que seu estado de saúde era melhor do que de outros idosos. Considerando o número alto de idosos que realizam atividades físicas sistemáticas, inferimos que haja relação entre tais atividades e a condição melhor de saúde do idoso que a pratica.

Relacionamos a presença da tristeza, com o escore e a classificação do distúrbio afetivo do tipo depressão porque entendemos que esse sintoma é um *scream* para depressão no idoso. Quanto aos idosos pesquisados, verificamos que no grupo de idosos de Alagoinha (sete para dez idosos) houve maior número que referiu a tristeza; destes, três apresentaram escores maiores ou iguais a onze pontos na Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, pontuação sugestiva de distúrbio afetivo do tipo depressivo.

A depressão é uma doença séria e de alta incidência na população idosa; muitas vezes não é diagnosticada com antecedência porque os profissionais de saúde podem associar seus principais sinais sintomas – movimentos lentos, constipação, insônia, anorexia, isolamento – ao processo fisiológico de envelhecimento, adiando o diagnóstico preciso e agravando o caso da depressão.



Verificamos que o motivo de os idosos procurarem a unidade de saúde da família centrava-se em uma ou três queixas de saúde. Ao se investigarem sinais e sintomas diversos que podem acometer as pessoas que se encontram na fase de velhice, constatamos que os idosos têm, no mínimo, mais duas outras queixas e no máximo mais 14 outras queixas. Esse é um fato de grande relevância na avaliação global do idoso, considerando que, à medida em que se envelhece, as doenças crônicas não-transmissíveis tendem a surgir, trazendo maior tendência a polipatologias e polifarmácia. No entanto, dos 30 investigados, apenas dois fazem uso de mais de quatro medicamentos de uso constante e diário.

Pesquisas demonstram que as principais doenças que acometerão os idosos, além das mais conhecidas doenças crônicas não-transmissíveis (hipertensão, diabetes e neoplasias), serão: demência – principalmente do tipo Doença de Alzheimer; depressão e osteoporose – as quais requerem cuidados especializados. Vê-se que os efeitos desse processo de envelhecimento acelerado serão muitos, uma vez que o Brasil não se encontra preparado para atender às necessidades biopsicossociais desses idosos (Silvestre *et al.*, 1998).

Mota (1998) faz referência a um trabalho realizado no Rio Grande do Sul, e neste estudo verificou-se que a incontinência urinária não foi registrada em 78,2% dos prontuários; a instabilidade postural presente em 18,8% dos idosos não foi diagnosticada; a imobilidade, apesar de identificada em 31,8% dos casos, recebeu tratamento adequado só em metade dos idosos; a demência, presente em 51% dos idosos, não foi diagnosticada, e a depressão maior teve uma prevalência de 10,1%, sendo avaliada em somente um caso, sem ser instituído tratamento adequado. Este estudo concluiu que, apesar de o gasto no setor de saúde no atendimento aos idosos ser grande, ele ainda não representa benefícios reais para essa faixa etária.

Quanto à ingestão hídrica, comprovamos que 22 idosos têm ingestão hídrica inadequada, representada por menos de um litro de líquido diário. Sono e repouso foram considerados insatisfatórios em onze idosos, que referiram sono interrompido, acordam na madrugada e não conseguem mais conciliar o sono e demoram a adormecer; e seis idosos conciliam o sono às custas de ansiolíticos. Quanto aos sinais vitais, encontramos alterações na pressão arterial de apenas treze idosos. Consideramos pressão

arterial alterada os valores <sup>3</sup> a 140 X 90 mm/Hg, conforme *Manual de Hipertensão* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que considera esses valores como sendo o primeiro estágio de hipertensão arterial (hipertensão leve).

Comprovamos que cinco, dos trinta idosos investigados, referiram necessitar de ajuda para as atividades de vida diária (AVD). Após a aplicação da Escala de Atividade Física e Instrumental de Vida Diária, quatro idosos apresentaram dependência quanto às atividades instrumentais, que são as de maior complexidade, como: uso de telefone, uso de transportes para locais distantes e outros. O processo de envelhecimento traz consigo limitações que muitas vezes fragilizam a capacidade funcional dos idosos – como tontura, instabilidade, diminuição da acuidade auditivo e visual, entre outros – e os leva à dependência, geralmente significando necessidade de cuidados permanentes. Portanto, torna-se importante considerar o nível de funcionalidade desses idosos e estimulá-los a manterem, o máximo de independência possível que eles consigam alcançar, dentro de suas limitações. Vale ressaltar que pesquisas têm demonstrado que o quantitativo de pessoas idosas dependentes das atividades de vida diária (AVD) dobrará na segunda e terceira década deste século (Paschoal, 1996).

Concordamos e deixamos em evidência o que é estabelecido pela Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999), apresentada pela Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Essa política tem como principal propósito a promoção da saúde, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restrita, de modo a garantir sua permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. No nosso entendimento, essa deve ser a máxima dos profissionais que atendem aos idosos, sobretudo aqueles que trabalham em programas de Saúde da Família (PSF), uma vez que buscam a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características básicas dos idosos pesquisados, quanto aos aspectos pessoais, sociais e história clínica, foram os seguintes: predominância de mulheres idosas sobre homens idosos, mais analfabetos, idade compreendida entre 60 e 69 anos, mais casados, e com a maior renda familiar do casal. Percebeu-se um grande número de filhos, alguns morando e dependendo dos pais idosos. O que parece ser um fator negativo, às vezes pode se tornar positivo, quando, por exemplo, o idoso adoece e passa a contar com os filhos para cuidar dele. Grande parte dos idosos realiza atividades diversas: lazer, religiosas, físicas, caminhadas, ginásticas e se acham em melhores condições de saúde quando comparados a outros idosos. Os idosos procuraram a unidade de saúde da família por conta de uma ou duas queixas, mas no interrogatório sintomatológico foram identificados mais duas e até 14 queixas.

Em relação às condições de saúde dos idosos verificadas através de teste e escalas avaliativos, levando em consideração os aspectos cognitivos, afetivos e funcionais, dos 30 idosos investigados, um apresentou resultado sugestivo de distúrbio cognitivo; oito apresentaram escores indicativos de distúrbios afetivos; e quatro, distúrbios funcionais. No entanto, há necessidade de se considerar o número acentuado de sinais e sintomas indicativos desses distúrbios, tais como: tristeza acentuada pode ser indicativa de depressão; esquecimento e desorientação podem sugerir distúrbios cognitivos; e tonturas, instabilidades, alterações visuais e outros podem direcionar a distúrbios funcionais. Portanto, torna-se necessário que tais idosos sejam monitorados em consultas subseqüentes, por meio de reaplicação do teste e das escalas, a fim de que se possa intervir e orientar cuidados, melhorando assim a qualidade de vida dos idosos.

Propomos como ações de saúde direcionadas aos idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família: implantação e implementação do atendimento sistemático ao idoso, organizando formulários de avaliação global, considerando sua viabilização nas ações do PSF; realização de treinamento para os profissionais envolvidos no PSF; sensibilização dos gestores sobre a necessidade de espaço físico adequado para o atendimento ao idoso; implementação do que estabelece a Constituição do país ("saúde é direito de todos e dever do Estado") e a Política Nacional do Idoso ("que



sejam garantidos aos maiores de 60 anos os direitos constitucionais”); organização de grupos de caminhadas, grupos de danças típicas regionais, reuniões sistemáticas para discussões de questões de saúde e outras, comemorações (de datas importantes, como Páscoa, São João, Natal, aniversários e outros); estabelecimento de uma maior frequência de visitas domiciliares aos idosos fragilizados ou dependentes, envolvendo toda a equipe nas orientações dos cuidadores e idosos e, principalmente, procurando dar suporte ao cuidador familiar.

Diante dos resultados, verificamos a necessidade de se implantar ações direcionadas aos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde de Família, considerando o aumento desse contingente populacional, as necessidades específicas e multidimensionais que os idosos apresentam e, principalmente, as propostas do Programa de Saúde da Família centradas na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento adequado e garantia de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade.

#### NOTAS

- <sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Desenvolvimento Humano e Reabilitação em Saúde do Idoso (Universidade Federal de Pernambuco-UFPE). Especialista em Programa de Saúde da Família (Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - FENSG/UPE). Enfermeira do PSF de Alagoinha, PE. Assessora da ILP Conviver Geriátrico.
- <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Gerontologia (SBGG). Professora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG/UPE).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A. R. *Cuidador familiar de idosos: uma abordagem compreensiva*. 2003. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2003.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população brasileira. In: NERI, A L; DEBERT, G. G. *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papyrus, 1999. p. 11-40.

BOWLING, A. *La Medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Massan. 1994.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. *Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil*. Brasília: Coordenação de Publicações, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. *Hipertensão Arterial Sistemática e Diabetes Mellitus – Protocolo*. Brasília, DF, 2001. 15p

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). *Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: 1996. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. *Portaria n.º 1.395 de 10 de dezembro de 1999*. Brasília, DF: 1999.

CHAIMOWICZ, F. *Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998.

CARDOSO, V.; GONÇALVES, L.H.T. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades de vida diária no cliente idoso. *Arquivo Catarinense de Medicina*. v. 24, n. 4, p. 21-47, 1996.

COSTA, M. F. F. L. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS/Centro Nacional de Epidemiologia*, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde v. 9, n. 1., jan./mar. 2000. 39 p.

ESTEVES, B. O Brasil de cabelos brancos. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 137, p. 18-21, 1998.

GREEN, R. et al. *Diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer e outras demências*. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2001. 33 p.

MACIEL, A. *Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. Cap. 15, p. 133-47.

MAZO, G. Z.; LOPOES, M. A.; BENEDETTI, T. B. *Atividade física e o idoso*. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MENEZES, A.. Avaliação funcional do idoso versus avaliação clínica tradicional. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – RJ. *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994, p. 63-70.

MOTA, L.B. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. *Textos sobre envelhecimento*, Rio de Janeiro, UnATI/UERJ, v. 1, n. 1, p. 48-49, 1998.

- REICHEL, M. D et al. Assistência do idoso. Aspecto clínico do envelhecimento. In: *Avaliação multidimensional do paciente idoso*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. 22 p.
- RUBENSTEIN, L. Z. Instrumento de avaliação. In: ABRAMS W.B., BERKOW, R., FLETCHER A. J. (eds). *Manual Merck de Geriatria*. São Paulo: Roca, 1995. p.180-185.
- SANTOS, S. S. C. Aspectos bio-psico-sócio-econômicos de idosos internados em hospitais públicos de Recife-PE. In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 11., 1997, Rio de Janeiro. *Livro de Temas Livres*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 1997. p.98
- SANTOS, S. S. C. et al. *Avaliação multidimensional do idoso: instrumento de avaliação do idoso utilizado na disciplina Enfermagem e a Saúde do Idoso*. Recife, PE: Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem N.Sa. das Graças: 2003. 7 p. Mimeografado.
- SILVESTRE, J.A. et al. Como anda a saúde do idoso no Brasil? *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 137, 1998. p.22-26.
- UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA. Hospital Universitário. *Avaliação geronto-geriátrica*. Florianópolis, SC: Núcleo interdisciplinar de pesquisa, ensino e assistência geronto-geriátrica (NIPEG). 1999. 18 p. Mimeografado.
- VERAS, R. P. *Pais jovem com cabelos brancos: a saúde dos idosos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- VIEIRA, E. B; KOENIG, A. M. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 921-928.

#### ABSTRACT

The objective this study was to identify cognitive, affective and functional conditions of elderly people registered in the Family Health Units in three cities in the state of Pernambuco, Brazil. It is an exploratory and descriptive study that took place in those Units in the cities of Alagoinha, Bonito, and Ipojuca. The main tool was an elderly evaluation form containing: characterization of the elderly, cognitive evaluation, affective evaluation, functional evaluation and interviewer's impression, by means of structured interview, followed by observation. Results showed predominance of women, illiterate more than learned, age between 60 and 69, most ones married, and with highest familiar income of the couple. The elderly arrived at the Health Family Unit with one or two complaints, but the symptomatic interview identified up to 14 complaints. From the 30 investigated elderlies, one presented a suggestive cognitive disorder; eight presented negative score for the affective disorder and four for

the functional disorder. The need for the implantation and implementation of a systematic care for the elderly, organizing an evaluating global form, considering its application in actions of the Family Health Program, among others.

**Keywords:** Family Health Program; Cognition; Geriatric Assessment; Middle Aged; Aged; Alagoinha (PE); Bonito (PE); Ipojuca (PE).

Recebido para publicação em: 20/6/2004

Aprovado em: 23/8/2004

Correspondência para:

Rosane Oliveira Pacheco

Rua Francisco da Cunha, 956, apt° 103 – Boa Viagem

51020-041 - Recife – PE

E-mail: saneopa@ig.com.br





*Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação  
idoso/cuidador em convivência intrafamiliar*

*Risk factors for elderly abuse in the caregiver/elderly relationship in  
intrafamiliar living.*

Andréa Santos Souza<sup>1</sup>  
Edméia Campos Meira<sup>2</sup>  
Ivone Gonçalves Neri<sup>3</sup>  
Joanice Alves da Silva<sup>4</sup>  
Lucia Hisako Takase Gonçalves<sup>5</sup>

*RESUMO*

O estudo procurou identificar famílias com potencial de risco de violência intrafamiliar, na percepção dos idosos e cuidadores. De natureza exploratório-descritiva, na pesquisa coletaram-se dados entre 50 idosos e 50 cuidadores residentes no bairro Inocoop, Jequié, BA, em 2003. Entre os idosos, 30% tinham idade acima dos 80 anos; 72% eram mulheres e 48% viúvos. Entre os familiares cuidadores, 26% tinham idade acima de 60 anos; 82% eram mulheres. Dos dados analisados à luz da referência de fatores de risco de violência contra idosos, extraímos da amostra estudada fatores ligados ao idoso, ao cuidador e ao ambiente situacional. São fatores ligados ao idoso: idosos mais longevos; idosos mais dependentes de cuidados diretos; idosas mulheres. Fatores ligados ao cuidador: dependência financeira da renda do idoso em cuidado; idade avançada (60 anos e mais); mulher doente ou estressada; cuidador único em cuidado integral. Fatores ligados ao ambiente situacional: convivência intergeracional; isolamento social; dependências mútuas cuidador/idoso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso de 80 anos ou mais; Cuidadores; Relações Familiares; Maus-tratos ao idoso; Fatores de risco; Violência Doméstica; Jequiá, BA.

**INTRODUÇÃO**

Em seu processo de envelhecimento, a pessoa idosa pode vir a sofrer alterações de diversas ordens favorecedoras de condição de fragilidade, muitas vezes associada a uma doença crônico-degenerativa ou a um quadro de comorbidade. Tal condição torna o idoso dependente de cuida-

dos de outrem, podendo expô-lo a situações de risco de violência intrafamiliar, quando seus cuidadores forem familiares convivendo em contexto de relacionamentos disfuncionais.

A negligência e os maus-tratos contra o idoso costumam acontecer quando os fatores de risco estão presentes no processo de cuidado contínuo e duradouro em condições adversas, vindo a constituir ambiente de violência intrafamiliar.

Fator de risco, segundo Veras (2002), é adotado em ciências da saúde como indicador de certas características que potencializam a probabilidade de um indivíduo adoecer. Assim, o conceito é usado para indicar as predisposições ao acometimento de eventos que aumentam os índices de morbi-mortalidade de determinado grupo. A remoção de tal fator pode prevenir o estabelecimento de situações de agravos à vida e à saúde.

No Brasil, pouco se tem escrito e discutido sobre violência, negligência, abuso e maus-tratos. Carece-se também de estatística quanto aos agredidos, agressores e também às prováveis causas. Trata-se de uma temática complexa, de difícil estudo e identificação, sobretudo em idosos, porque eles geralmente não denunciam abusos, menosprezo, abandono e desatenções sofridas, por medo de serem punidos e perderem o acolhimento que estão recebendo de seus cuidadores, que são, ao mesmo tempo, os próprios agressores. Outros sentem vergonha de fazer denúncias. Há ainda aqueles que sofrem de maus-tratos sutilmente mascarados que não se dão conta de que estão sendo vítimas de violência (Minayo; Souza, 2003).

O contexto da violência intrafamiliar que frequentemente envolve o idoso fragilizado e dependente, conforme consta no documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2002, p. 7), representa “um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, especialmente crianças, adolescentes, idosos e portadores de deficiência física”, que afeta de forma significativa a vida e a saúde das pessoas nela envolvidas e se configura como problema de saúde pública.

Entendemos que é necessário propor e discutir estratégias para proteger os idosos mais dependentes e seus familiares cuidadores contra a ocorrência da violência intrafamiliar, envolvendo entidades governamen-

tais e não-governamentais, haja vista ser esta “uma questão de grande amplitude e complexidade cujo enfrentamento envolve profissionais de diferentes campos de atuação, requerendo, por conseguinte, uma efetiva mobilização de diversos setores do governo e da sociedade civil” (Brasil, 2002, p. 5).

Portanto, conhecer o fenômeno da violência intrafamiliar, por meio da identificação dos fatores de risco que representam sinal de alerta e apontam a possibilidade de um idoso vir a sofrer violências, é relevante contribuição técnico-científica e social. A revelação de tal situação permitirá melhor compreender o fenômeno e possibilitar a implementação de medidas de vigilância à saúde e manutenção de uma convivência familiar pacífica entre os idosos dependentes e seus familiares cuidadores. Possibilitará também a mobilização de medidas socioculturais favorecedoras de construção da cidadania e melhoria da qualidade de vida de toda a unidade familiar. Compreendendo que “a violência contra idosos é responsável por elevados índices de morbimortalidade” (Brasil, 2002, p. 71), a contribuição social deste estudo poderá fornecer subsídios na formulação de estratégias de prevenção e/ou controle da morbi-mortalidade secundária à violência.

O presente estudo começou a ser delineado quando, em trabalho de campo, desenvolvendo *Ações de Cuidado ao Idoso na Família e na Comunidade, do Projeto Universidade Aberta com a Terceira Idade – UATI / UESB*, percebia-se que muitos idosos apresentavam problemas de saúde e declínio nas condições de vida, cujas causas sinalizavam relação com estresse, isolamento social e dependência, potencializadas pelas dificuldades de adaptação no convívio familiar. Tal situação motivou a realização da presente pesquisa, movida por princípios de compromisso técnico-científico e social, e de práticas de ações preventivas. Adotou-se, como base de referência, o conceito vigente, observado e veiculado pela sociedade, acerca da velhice associada às diferentes perdas sofridas pelos idosos como uma condição de isolamento social. A estrutura da sociedade moderna está montada para atender aos anseios da população jovem, não havendo espaço comum adequado às perspectivas da população idosa restando aos idosos permanecer no lar sem qualquer ocupação. As perdas funcionais físicas, a aposentadoria, o acometimento de múltiplas doenças crônico-degenerativas, entre outras,

determinam a perda de papéis sociais do idoso. E, como é característica das sociedades ocidentais, há pouca oportunidade para novos papéis, por isso muitos se sentirão “inúteis”, podendo chegar a uma situação de decrepitude irreversível, aumentando cada vez mais o isolamento social e a dependência, até para desempenhar atividades de vida diária.

O estudo buscou também bases em algumas concepções teóricas da violência e em alguns resultados de pesquisa para delimitação de seu enfoque. Identificamos, em estudos no meio, que na maioria dos casos o idoso em condição de dependência necessita de ajuda familiar, especialmente de um cuidador para auxiliá-lo na satisfação das necessidades básicas. Gera-se com isso a exigência de adaptação, por parte do idoso, às novas situações que lhe são apresentadas, as quais nem sempre são fáceis ou possíveis. A falta de capacidade adaptativa do idoso à nova vivência das alterações nas relações familiares pode estar associada a rupturas várias, como de suas atividades laborais e de mudança nas relações anteriores, que alteram o seu estilo de vida e o fazem dependente de outrem e do ambiente familiar. Isto abre possibilidades para os conflitos intergeracionais. Os limitados recursos das famílias, aliados à sobrecarga de abrigar e cuidar de um membro idoso fragilizado em seu contexto doméstico, podem gerar dependências multifacetadas de difícil administração. Há diminuição e deterioração da qualidade das relações interpessoais no interior da família, imperando um clima de estresse, tanto para o idoso cuidado quanto para a família cuidadora (Alvarez, 2001). A propósito, o estresse, como elemento gerador de doenças, representa fator importante a impedir o desenvolvimento do processo de envelhecimento normal das pessoas vivendo em seu contexto societário, um direito de qualquer cidadão.

A dependência aumenta proporcionalmente com a vulnerabilidade e a fragilidade do estado de vida e saúde do idoso, com conseqüente aumento dos encargos no ambiente de cuidado familiar, quando ocorrido em situações adversas, o que favorece a instalação do estresse; o idoso exposto torna-se susceptível à violência intrafamiliar. Segundo Nery (1995, p. 145) “o estresse está longe de ser uma experiência nova para idosos e adultos maduros, já que a vida se caracteriza por um processo contínuo de mudança e adaptação a desafios e eventos que, em maior ou menor grau, podem ser avaliados como estressores”. A mesma autora declara

ainda que, durante a velhice, à medida que o indivíduo se torna mais fragilizado e acometido por algumas doenças crônico-degenerativas, sua energia para lidar com o estresse também diminui.

Dessa maneira, entendemos que o aumento da longevidade do brasileiro, associado aos multifatores que condicionam o idoso à dependência, têm imposto sobrecargas a considerável parte das famílias que sobrevivem em situações socioeconômicas precárias. Dificulta-se, assim, um suporte efetivo aos seus membros idosos, levando a riscos de estabelecimento de situações de negligência, omissão de cuidados, abandono, abuso financeiro e maus-tratos físicos. Contudo, há situações ainda desconhecidas que explicam a ocorrência de violência como um tipo de comportamento das pessoas.

Não parece visivelmente notório mas, assim como as crianças, o idoso é uma das grandes vítimas dos maus-tratos, sendo geralmente o agressor a pessoa que está mais próxima. Esse tipo de agressão ocorre na maioria das vezes em seu próprio ambiente doméstico, podendo acontecer também em instituições asilares ou casas geriátricas. Concordamos com Block (1995), ao referir que a violência deve ser entendida como produto e produtora das condições de vida social, como patológica ou doença social que leva à contaminação de toda a sociedade, mesmo em grupos ou instituições consideradas mais protetoras de seus membros.

Por isso, o fenômeno, tão complexo, carece de estudos interdisciplinares aprofundados que venham a produzir conhecimentos contributivos que sejam subsídios úteis na administração de questão social de tamanha dimensão societária.

Mesmo cientes da complexidade da questão da violência, propusemos estudá-la assumindo a limitação de sua contribuição, buscando tão-somente levantar, ainda que de modo exploratório inicial, o potencial de risco de violência intrafamiliar na percepção do idoso cuidado e de seus respectivos familiares cuidadores. Essa decisão levou em consideração que, em nossa cultura, número expressivo de idosos convive na família, e as relações de cuidado no cotidiano aí se processam em meio a todas as adversidades.

## *O CONTEXTO DO ESTUDO*

Os possíveis fatores de risco de maus-tratos em idosos foram levantados por meio da aplicação de um questionário composto de questões estruturadas, formulado especificamente para o presente estudo.

A comunidade selecionada para o estudo foi o bairro Inocoop, situado na periferia do município de Jequié, BA, e cuja população local é de 10.817 habitantes, dos quais 710 são idosos. De acordo com as informações do SIAB (2003), mais de 90% dos domicílios da localidade têm sistemas de esgoto e de água tratada. A Unidade Básica de Saúde que atende à comunidade possui dois Programas de Saúde da Família (PSF).

Para a seleção dos sujeitos da amostra, seguindo o procedimento de obtenção de uma amostra proposital foram convidados idosos e familiares cuidadores de uma lista fornecida pelo PSF, de visitação domiciliar feita por agentes de saúde. A cada convite, faziam-se as devidas explicações quanto ao respeito humano às pessoas que participam de pesquisa, seguindo-se as instruções contidas na Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, sobre ética em pesquisa, e obtendo a assinatura no documento de consentimento livre e esclarecido. Após o aceite formal de cada um, os convidados foram agendados para a coleta de dados em locais e horários acordados.

A amostra foi composta de 50 idosos e 50 familiares cuidadores, somente incluídos na amostra quando ambos, da mesma família, aceitavam participar do estudo. Os dados foram colhidos durante o período entre novembro e dezembro de 2003.

Os dados foram analisados descritivamente, da parte quantitativa, com o apoio da estatística descritiva. Os dados subjetivos foram organizados na lógica de análise temática.

## *RESULTADOS*

Algumas variáveis demográficas como idade, gênero, escolaridade, estado conjugal dos componentes de uma família, enquanto participantes de um processo relacional de vida no âmbito doméstico, podem constituir

determinantes de fatores de risco de maus-tratos em idosos, situando-os no contexto de ocorrência de violência intrafamiliar.

Assim, neste estudo, entre 50 idosos pesquisados, a maioria, em número de 36 (72%), era constituída de mulheres. Destas, 14 eram as mais longevas, situando-se na faixa etária de 80 anos e mais, e 17 eram viúvas, que viriam geralmente com familiares descendentes. As casadas eram em número de 14, e possivelmente faziam parceria em algumas instâncias, como o casal idoso dependente de cuidados de uma família.

O significativo aumento da população longeva resulta em profundas transformações na vida da família cuidadora, principalmente pelo fato de a idade avançada fazer aumentar a susceptibilidade a doenças crônico-degenerativas e a conseqüente necessidade de maior atenção. Nesse sentido, o crescimento da população idosa geral e, sobretudo, dos mais longevos, leva-nos a entender que viver mais acarreta sérias implicações para a qualidade de vida, não só do idoso como de todos que se envolvem no seu viver diário. Dependendo das circunstâncias do viver diário, as possibilidades de ocorrência de violência intrafamiliar se tornam uma realidade.

Observou-se, ainda, nos dados, que essa longevidade veio acompanhada da chamada feminização da velhice. A questão de gênero também está ligada aos fatores de risco de maus-tratos no contexto da violência intrafamiliar; uma vez que a mulher foi e é "vítima" mais fácil por razões históricas: considerada frágil, indefesa e, no caso da idosa, duplamente fragilizada em função das circunstâncias do envelhecimento.

Quanto à renda, os dados mostraram que a maioria dos idosos, totalizando 46 (92%), era beneficiária da previdência social e recebia apenas um salário mínimo. Constituía um grupo heterogêneo de mulheres idosas de todas as idades, sobretudo viúvas, em processo de fragilização e dependência funcional, mas continuando a ser a pessoa de referência na família, por ser quase exclusivamente a principal provedora do sustento familiar. A situação de dependência econômica, por parte da família, dos poucos recursos financeiros das idosas – cujos descendentes dependentes financeiramente poderiam estar permitindo certa condição de convivência familiar – também poderia, pela própria situação, converter-se em potencial de risco de exploração financeira dos idosos seus familiares.

Quanto ao estado de saúde / doença e sua relação com o cuidado entre os idosos pesquisados, verificou-se que as doenças crônico-degenerativas que os fragilizavam e os tornavam dependentes (geralmente em comorbidade com outros distúrbios) recaíram, em ordem de frequência: em distúrbios cardiovasculares, 49 (43%); distúrbios osteomusculares, 42 (37%); distúrbios respiratórios, 16 (14%); distúrbios gastrintestinais, 5 (4%); e distúrbios neuropsiquiátricos, 3 (3%). Além dessas doenças, que muitas vezes se sobrepunham em comorbidade, associavam-se ao quadro, síndromes como: dificuldades de locomoção, 20 (40%); alterações do sono, 14 (28%); e incontinência urinária, 7 (14%).

Em meio a esse contexto, verificou-se a diminuição da capacidade funcional dos idosos, cuja dependência para realizar as atividades de vida diária recaía, em ordem de frequência: na necessidade de provisão de tarefas domésticas, em número de 46; no auxílio na locomoção, em 46; na realização de transferência e movimentação, em 17; nos cuidados higiênicos corporais, em 17; e na ajuda nas refeições, em 11. Dentre os mais dependentes, que exigiam cuidados mais intensivos, destacaram-se aqueles portadores de insuficiência cerebral com deficiência cognitiva; em seguida, os com alterações do sono; com incontinência urinária; e com dificuldades de locomoção.

Considerando o processo evolutivo da fragilização associada à cronicidade no processo do envelhecimento, observou-se que entre os 50 idosos pesquisados, 30 (60%) responderam que se encontravam dependentes dos cuidados de outrem por tempo prolongado, que variava de 5 a mais de 10 anos.

Por causa das limitações impostas pela dependência e necessidade de ajuda dos outros para quase tudo, os idosos justificaram seu isolamento, não saindo mais de casa, em algumas de suas falas:

*“Não ando mais, a vista não deixa”; “Não posso andar e não vou só”; “... estou na cadeira de rodas”; “Não preciso mais... não tem aonde”; “Ando muito doente”; “Só vivia para trabalhar, agora não posso mais ficar andando”; “Nós velho só tem que esperar a morte”; “Não gosto dessas coisa”; “A gente perde o gosto quando fica velho”; “Dificuldade de sair de casa por causa da doença”; “Não gosto de sair assim”.*



Com relação aos arranjos familiares e às condições de convivência familiar, verificamos que 12 idosos do estudo conviviam com cônjuge, filhos e netos (24%); 16 com filhos e netos (32%); e 16 só com o cônjuge (36%). Apenas 6 (8%) idosos viviam sós.

Esses idosos, com renda de um salário mínimo e convivendo em família de filhos e netos que deles dependem para a sobrevivência, por certo deixam de suprir suas próprias necessidades mínimas. Por isso, acreditamos que a condição de precários recursos materiais do idoso e do cuidador poderá configurar-se em situação de risco real de, no mínimo, negligência no cuidado do idoso.

Perguntados sobre a existência ou não de harmonia intrafamiliar, 44 (88%) idosos relataram haver desarmonia no seu relacionamento familiar, como se pode ver em suas palavras:

*"Por mim se dá, mas eles não gostam de mim"; "às vezes eu não convivo bem com a nora"; "Mais ou menos, vai levando"; "De vez em quando a gente briga; "Por completo não tá bem, sempre há as desavenças"; "Não é muito bom não, a gente se atura"; "É que nem maré, uma hora tá bom, outra não tá, é mais pra ruim"; "é meio perturbado, às vezes a gente sai na briga eu, meu filho e a nora"; "Meu genro briga muito aqui dentro de casa".*

O relacionamento familiar desarmonioso apontado por esses idosos tem suas raízes fincadas nos eventos externos que circundam a convivência familiar, porém poderá também ter a influência das características próprias da personalidade do idoso e do cuidador. O idoso traz consigo diferentes formas de visualizar a família e a relação de cuidado, cristalizadas em valores, hábitos e atitudes que muitas vezes são incompatíveis com os dos membros da família, predispondo, assim, à instalação de situações conflitivas. Neste sentido, concordamos com Ross (1995, p. 83), que afirma: *"Las disposiciones psicoculturales hacen referencia a los procesos enraizados en la psicología humana, especialmente aquellos cuyas pautas y contenidos están omnipresentes en una cultura"*.

Ainda no âmbito da relação familiar, faz-nos entrever outro fator de risco de omissão ou negligência de cuidados no atendimento das necessidades mínimas básicas – por exemplo, quando 33 (66%) idosos reclamavam pela falta de óculos, dentadura e aparelho auditivo. Também aqui se pode supor uma certa exploração da renda das pessoas idosas, quando

47 (94%) familiares cuidadores diziam depender de ajuda financeira dos próprios idosos que cuidavam.

No contexto das relações familiares do idoso exposto a riscos de maus-tratos, tendo o cuidador como foco principal, buscamos neste estudo identificar alguns dos principais fatores de risco. De 50 familiares cuidadores pesquisados, a maioria, em número de 41 (82%), era composta de mulheres. Destas, as que contavam com idade acima de 60 anos somavam 20. Quanto ao estado conjugal, as casadas eram 32; as solteiras, 16. As mulheres cuidadoras não trabalhavam fora de casa e dedicavam-se exclusivamente ao cuidado do idoso na própria casa, além de desenvolver seus costumeiros afazeres domésticos e familiares.

Os dados mostraram que os familiares cuidadores do estudo eram geralmente mulheres da meia idade e idosas, vivendo em condições domésticas de recursos precários e expostas a encargos adicionais, muitas vezes estressantes, de responsabilização pelo cuidado dos idosos dependentes. Em tal situação, os riscos de violência intrafamiliar se tornam mais reais quando 17 (34%) cuidadores afirmaram possuir membros alcoolistas na família. O fato é significativo, pois sabemos o quanto o uso e o abuso de bebidas alcoólicas interferem na personalidade do usuário e na dinâmica da relação intrafamiliar, com alta probabilidade de disfuncionalidade entre seus membros. Contudo, ao serem perguntados sobre a existência ou não de harmonia no relacionamento familiar, 44 (88%) cuidadores negaram a existência, contrariando o que afirmaram os 40 (80%) idosos.

Percepções diferentes são aqui evidenciadas, denotando possibilidade ou potencial de risco de negligência ou omissão de cuidados, diante de um fato sutil e encoberto, e não percebido ou negado. Também visões e concepções diferentes poderão ser motivos de desencadeamento de choque intergeracional, outro fator de risco de maus-tratos ao idoso no contexto da violência intrafamiliar.

O processo de cuidar do idoso dependente está intrinsecamente relacionado com os arranjos familiares do cuidador e do idoso, e sua interação apresenta-se condicionada por alguns fatores antecedentes ao processo do cuidar. Por isso verificou-se neste estudo o tipo de relacionamento afetivo havido anteriormente entre o cuidador e o idoso cuidado.

Foram obtidas as seguintes respostas: 22 (44%) cuidadores tiveram relacionamento normal; 12 (24%) tiveram relacionamento distante e frio; 7 (14%) tiveram relacionamento problemático e conflituoso. Mais de um terço da amostra de familiares cuidadores poderiam ser aqui considerados (se desenvolverem suas tarefas de cuidar do idoso nos mesmos padrões anteriores de relacionamento) incluídos na situação potencial de risco de violência intrafamiliar.

No que se refere à participação dos cuidadores em atividades sociais afora as tarefas do cuidar, 42 (84%) cuidadores referiram não possuir qualquer participação social devido à sobrecarga de trabalho ocasionada pelo cuidado ao idoso. Seguem alguns depoimentos:

*“Não tenho tempo”; “Não posso sair e deixar ela só”; “Não posso sair”; “Porque não tenho para onde ir e não posso deixar ela só”; “não posso sair direto e deixar eles só”; “Fico cuidando da casa e de mãe mais pai e não sobra tempo”; “Eu cuido deles o dia inteiro, não tenho tempo, a noite tô cansada”; “Estudo e faço as coisas dentro de casa, além disso cuido dela, não sobra tempo”.*

Neste sentido, é notório que as demandas do cuidado reduziram consideravelmente a participação do cuidador em atividades sociais e de lazer. Como conseqüência, é possível que suas relações significativas com familiares e amigos diminuam tanto em quantidade quanto em qualidade, levando o cuidador a vivenciar um processo de isolamento social, com possível instalação do estresse. Constitui, conseqüentemente, fator de risco de ocorrência de doenças, tensões emocionais, relações conflituosas e omissão de cuidados ou negligência, e possíveis abusos físicos e psicológicos durante o desenvolvimento de tarefas de cuidar do idoso.

Quanto ao estado de saúde-doença perguntado aos cuidadores, as respostas recaíram, por ordem de freqüência, em patologias como: distúrbios osteomusculares, em número de 28 (46%); cardiovasculares, 22 (36%), e neuropsiquiátricos, 7 (11%). Em termos de percepção subjetiva de seu estado de saúde, obtivemos, sobretudo das cuidadoras idosas, 30 respostas referindo sua saúde como regular e cinco como péssima.

Nesse contexto, quando se pediu que os cuidadores comparassem sua saúde atual com a saúde no passado, 36 (72%) disseram ter piorado. Quando se pediu que comparassem sua saúde com a de outras pessoas

de sua idade que não exerciam o papel de cuidador, 38 (75%) afirmaram que a sua era pior. Os dados revelam que o cuidador do idoso dependente se encontra em processo de desgaste e adoecimento, predispondo-se assim ao estresse e suas conseqüências.

Dentre os cuidadores, 38 (76%) informaram que se dedicavam ao cuidado integralmente e vivenciavam sozinhos a experiência do cuidado, manifestando-se em falas como:

*“Só tem eu por eles, mais ninguém”; “Ela mora comigo, não tem outra pessoa”; “Não tem outra pessoa”; “Os outros filhos não ligam, um é louco”; “Sou esposa tenho que cuidar, os filhos tá tudo longe”; “Porque eu é que moro perto”.*

À medida que aumentam a intensidade e o tempo da dependência funcional do idoso dependente, incrementa-se a perda de controle, por parte dos cuidadores, com conseqüente incremento na freqüência e na intensidade de seus sentimentos de revolta, desgaste físico e emocional, cansaço, estresse e frustração. Tais sentimentos são, em certos casos, difíceis de manejar, pelo fato de os cuidadores não saberem identificar com precisão qual é a causa de seu mal-estar e desconforto.

Por fim, quando perguntados sobre a razão de se terem elegido cuidadores de seus idosos, sua percepção variava: 42 (34%) cuidadores responderam que o faziam como obrigação moral; 48 (39%) pensavam, ao mesmo tempo, que não há outro remédio senão cuidar do idoso, para evitar a censura da família, amigos, e com isso obter a aprovação social. Desses cuidadores, 10 (20%) ainda afirmavam ser o cuidado uma carga excessiva. Apenas três (2%) confirmaram ser algo dignificante e o faziam por motivos altruístas e para manter o bem-estar do idoso.

A essência do cuidar está contida na relação de obrigação e de responsabilidade pela pessoa dependente e nas relações de proximidade e intimidade que a situação envolve. Esse papel é baseado em expectativas sociais de parentesco, gênero e idade, e desempenhar o papel de cuidador é uma norma social influenciada por eventos socioculturais. Cumprimento de normas sociais – como reciprocidade e dever moral – , mas também necessidade de autopreservação, no sentido de evitar sentimentos de culpa, além do grau de empatia e ligação afetiva, são alguns dos fatores que levam uma pessoa adulta a cuidar de alguém doente.

Como a tarefa de cuidar está baseada em expectativas sociais, desempenhá-la pode significar reconhecimento social, melhora na auto-estima e no senso de realização pessoal do cuidador. O cuidador poderá sentir-se bem, porque consegue fazer aquilo que esperavam dele em determinado momento do curso de sua vida.

Porém, quando a tarefa perdura por muito tempo ou exige recursos de que o cuidador não dispõe, ele pode se sentir sobrecarregado e desconfortável na tarefa. Todo esse contexto social e familiar de cuidado, neste estudo, resultou em respostas que concorreram para se obter depoimentos dos cuidadores, revelando: a falta de tempo para cuidar-se, 32 (64%); impossibilidade de trabalhar fora, 23 (46%); desgaste da saúde, 22 (44%); redução no tempo de lazer, 19 (38%); depressão, 19 (38%); problemas econômicos, 10 (20%); falta de tempo para cuidar de outras pessoas, como cônjuges e filhos, 6 (12%); necessidade de abandono do trabalho, 4 (8%); e conflitos conjugais, 2 (4%).

Uma das situações que os cuidadores manifestaram mais claramente diz respeito ao relacionamento familiar. Do aspecto da afetividade, poderão aparecer conflitos familiares, ao entrarem em desacordo nas decisões, atitudes, necessidades e expectativas de ambos, cuidador e idoso. Outras vezes, o desentendimento com a família poderá recair no sentimento de falta de reconhecimento, por parte dos demais familiares, do esforço do cuidador principal em sua tarefa junto ao idoso.

Os dados mostraram também que os idosos cuidados moravam na mesma casa da família do cuidador. Tal fato poderá também vir a ser fonte de conflitos, pois a família se vê afetada pela nova situação de abrigar o idoso, fato nem sempre desejado.

## *DISCUSSÃO*

No contexto de maus-tratos e negligência a idosos no âmbito intrafamiliar, existem sempre os fatores de risco, como a história de violência familiar, dependência (idoso fragilizado e agressor dependente da vítima), incapacidade funcional com alto grau de dependência para os cuidados, estresse do cuidador, isolamento social, problemas na área da saúde

mental, presença de alcoolistas entre os membros da família, entre outros (Machado; Queiroz, 2002).

Os resultados apontam para uma realidade dos idosos em grande parte composta de longevos fragilizados, vivendo em situação de dependência e isolamento social. Esses idosos são cuidados geralmente por um cuidador único, na maioria mulher, que sofre muitas vezes de quadro de pluripatologia e, ao se dedicar integralmente ao cuidado do idoso, acaba por entrar em estado de estresse e esgotamento físico e emocional. O contexto doméstico no qual o idoso e o cuidador estão inseridos possibilita, nessas condições, a instalação de riscos de abusos físicos, psicológicos, financeiros e omissão ou negligência no cuidado das necessidades do idoso.

Desta maneira, podemos dizer que a capacidade das famílias para atender adequadamente às necessidades físicas, afetivo-espirituais e econômicas de seus idosos depende muito de alguns requisitos fundamentais, ou seja, a presença de uma família cuidadora “normal” e saudável vivenciando uma dinâmica intrafamiliar livre de fatores de risco de violências.

Percebemos que as famílias se encontram despreparadas para enfrentar a condição de cronicidade prolongada no processo do envelhecimento dos idosos de que cuida. Permitem, assim, que se estabeleçam os conflitos intergeracionais, além de outras disfuncionalidades nas relações de cuidado, e transformam em riscos potenciais de desrespeito ao idoso em sua história de vida, e ao seu viver condigno.

Segundo Biasoli-Alves (1999), a convivência intergeracional constitui substrato para a construção do processo de socialização no transcurso da vida, sendo que as aproximações e os distanciamentos são oriundos das diferentes percepções de mundo do sujeito. No entanto, compreendemos que a família contemporânea tem encontrado inúmeras dificuldades para cumprir suas funções psicossociais e, em muitos casos, tem-se transformado na maior fonte de violência, principalmente contra mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

Podemos dizer que a violência que se estabelece no ambiente domiciliar constitui-se como uma construção social. Ross (1995, p. 30), em sua teoria sobre o conflito, afirma que “*Las primeras relaciones sociales son*

*las que proporcionan los fundamentos que configuran el modelo de conducta social (disposiciones psicoculturales) que cada cual llevará durante toda su vida”.*

Desta maneira, as relações sociais e de convivência familiar irão determinar de que forma as famílias resolverão seus conflitos, sendo que as crianças (netos) dos idosos se posicionam nas relações conflituosas de acordo com o tipo de socialização vivenciada, haja vista que a socialização cálida e afetuosa leva a uma baixa conflitividade, tanto na sociedade quanto em pequenos grupos sociais, aqui incluindo a família. Os conflitos intergeracionais poderão provocar, nos idosos dependentes dos cuidados de outrem, dificuldades de adaptação às novas situações, impondo-lhes estresses físicos, psíquicos e sociais. Podem desencadear ainda alterações biocomportamentais, como ansiedade, angústia e outras manifestações psicossomáticas.

Neste sentido, compreendemos o estresse gerado em ambiente propenso à violência intrafamiliar como elemento causador de doenças várias, prejudiciais ao processo de adaptação do idoso à sua velhice e comprometedoras do seu bem-estar e de sua qualidade de vida.

Em condições habituais, a convivência familiar intergeracional conduz ao desempenho de papéis familiares por parte de cada membro da família. As funções são determinadas segundo a condição de oferta de algum benefício ao ambiente doméstico. Neste estudo, ao idoso está reservado o papel de provedor das necessidades financeiras das pessoas com quem convive, dada a situação observada, pelo fato de se encontrar numa posição hierárquica superior à dos demais membros da família. Contudo, o familiar cuidador também se encontra superior, na medida em que cuida do idoso dependente. Essa situação poderá levar à instalação do autoritarismo no interior da família e conseqüente desarmonia. A hierarquia acaba por gerar desigualdades e diferença de privilégios entre os seus membros.

Podemos afirmar que as relações de poder e autoridade estabelecidas na família, ocasionadas pela co-dependência do binômio cuidador / idoso, constituem riscos reais e potenciais de violência intrafamiliar. O autoritarismo está na raiz de toda violência, indo desde suas manifestações grosseiras e explícitas, até as expressões simbólicas e

dissimuladas, caracterizando-se como indisposição ao diálogo. Segundo Ross (1995), uma relação familiar na qual a comunicação entre seus membros não flui de maneira efetiva pode mais facilmente manifestar situações conflitivas, de vez que o conflito ocorre quando os membros entram em desacordo, como se viu neste estudo, quanto à distribuição de poucos recursos para a satisfação de várias necessidades de sobrevivência da família convivendo em intergeração.

O padrão familiar de relacionamento idoso / cuidador e o contexto socioeconômico e cultural no qual ambos convivem constituem elementos centrais na qualidade do processo de relação do cuidar. Relações intrafamiliares em que não existe o afeto que normalmente une pais e filhos, entre cônjuges e entre outros membros familiares (por não ter havido na construção de vida familiar relações fortalecedoras de vínculos, amizade, sentimentos humanos de amor ao próximo) ou casos em que essa relação não existiu (como filhos criados em outras famílias ou noras com breve ou sem relacionamento prévio com o idoso a ser cuidado) podem ser fatores que levam a pessoa cuidadora e o idoso em cuidado a experimentar conseqüências negativas na relação de cuidado, situação propícia para ocorrer negligência ou maus-tratos. Podemos dizer que a experiência do cuidar é muito influenciada pelo tipo de relação afetiva que mantém o familiar cuidador com o idoso cuidado antes que este necessite de ajuda para continuar respondendo às demandas da vida cotidiana.

Desempenhar o papel de cuidador é um exercício de grande responsabilidade, porque freqüentemente essa tarefa coincide com a fase de vida em que a pessoa adulta, potencial cuidadora, poderia usufruir das conquistas das fases anteriores e do término do exercício de papéis familiares e profissionais. Embora prestar cuidado a um familiar necessitado seja dever moral e ético, sendo aceito como papel normativo na vida da família, na prática tem-se mostrado problemático exercer essa solidariedade por parte da pessoa do cuidador, porque ela se choca com a sua individualidade (Pavarini; Néri, 2000).

Com base na relação de cuidado ao idoso dependente, notamos que existem tarefas e modalidades de cuidado que exigem do cuidador esforços de diferentes ordens. Para cada modalidade de tarefa a executar



pelo cuidador; há uma demanda e, conseqüentemente, uma percepção de ônus, que pode ser intensificada pelo exercício concomitante de papéis familiares e profissionais. Os cuidadores relataram que as tarefas mais difíceis relacionavam-se aos cuidados corporais diretos, tanto pelas dificuldades técnicas em fazê-las, como por não se sentirem confortáveis em tocar nas intimidades do idoso em atendimento. Assim, muitas vezes, as demandas do cuidado ultrapassam os limites do esforço físico e psicossocial. Quando a família e o indivíduo não conseguem encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos pessoais e familiares são insuficientes para o manejo da situação, há forte tendência para a desorganização, o que traz conseqüências negativas para o cuidador, o idoso e a família. Quanto maior for o nível de dependência do idoso e a necessidade de auxílio para a realização das atividades básicas da vida diária, mais elevados serão os níveis de estresse que se relacionam com as inadequadas formas de enfrentamento. Assim, a incapacidade do idoso provoca um desequilíbrio, ao qual a família tende a responder empregando seus recursos materiais, psicológicos e sociais (Neri, 1993). Contudo, quando o processo de cuidar é envolto no emaranhado de condições precárias de saúde do idoso e do cuidador, num contexto intrafamiliar desfavorável, pode levar ao acometimento de estresse, sobretudo do cuidador, acarretando sobrecarga em seu organismo e predispondo-o a risco de agravamento da saúde, com manifestação de ansiedade e outros estados emocionais negativos.

O modelo multivariado de Zart (1989) considera que os compromettimentos físicos e cognitivo-afetivos do idoso dão origem a um conjunto de estressores que exercem pressões específicas sobre a vida do cuidador. Os estressores relacionam-se aos sintomas do idoso ou às mudanças na vida do cuidador. O modelo avalia a situação como suportável e administrável, ou não. Os mediadores, que são as habilidades para cuidar ou os recursos com os quais o cuidador pode contar, têm conseqüências na avaliação do ônus. A avaliação pode resultar em percepção de sentimentos positivos, negativos ou em ambos. O resultado depende da forma como o cuidador encara a tarefa de cuidar, além de diversos fatores, como, por exemplo, a doença do idoso, as relações familiares atuais, as circunstâncias envolvidas no cuidado, disponibilidade de recursos financeiros e a história anterior de relacionamento entre o idoso e o cuidador. Esses são alguns dos determinantes da avaliação que o cuidador faz de sua experiência de cuidar.

Neste estudo, muitos cuidadores afirmaram ser conflitivo manter um trabalho extradomiciliar, enquanto atendia ao idoso no lar, ao mesmo tempo em que faltava a renda complementar à manutenção da família. Alvarez (2001) também encontrou, em seu estudo, uma dificuldade apontada pelos cuidadores de idosos: a sobreposição de atividades da prática do cuidar com as tarefas domésticas, enquanto cuidadores únicos, em meio às dificuldades financeiras da família, contribuindo para o aumento do estresse.

Cuidar de um idoso dependente exige tempo e dedicação. Parte substancial do tempo que antes se dedicava ao lazer, aos amigos, é dedicada quase exclusivamente ao cuidado ao idoso, na fala dos cuidadores. É possível que não dedique tempo a si, pelo sentimento de culpa que o faz pensar que isso pareceria aos outros que está abandonando sua responsabilidade de cuidador. Essa redução de atividades em geral, e sobretudo das atividades sociais, é muito freqüente e está relacionada com sentimentos de tristeza e de isolamento social, o que, por conseguinte, pode contribuir para as situações de estresse e conseqüente negligência no cuidar e maus-tratos nas relações intrafamiliares.

A experiência diária de cuidar de um idoso altamente dependente traz transtornos psicológicos, como sentimentos de tristeza, de desesperança, de exaustão e de frustração, geralmente acompanhados de sintomas de ansiedade, irritabilidade e preocupação com a saúde do idoso, de seus familiares e de sua própria, dentre outros. De acordo com o modelo de estresse situacional de Shelby-Lane (1991), o idoso dependente cria estresse físico, mental e financeiro em seus cuidadores, podendo levá-los a exaustão, depressão, hostilidade, raiva e até torná-los violentos. Dessa revisão, podemos dizer que os eventos estressores da relação de cuidado com o idoso podem ser classificados em dois tipos: os estressores primários, subjetivos – que dependem da avaliação do cuidador, como a sobrecarga e a privação de relações sociais; e os estressores secundários – ligados ao papel do cuidador e compreendem os conflitos familiares, conflitos com o trabalho, problemas econômicos e a restrição da vida social. Os estressores secundários, de natureza intrapsíquica, relacionam-se ao senso de perda de controle e de auto-eficácia, ao rebaixamento da auto-estima, ao senso de perda de privacidade, a sentimentos negativos em

relação a si e ao idoso e a sentir-se prisioneiro do papel e das tarefas de cuidar. Nos eventos estressores secundários, há eventos de contexto, ligados à composição da família e da rede de relações pessoais, à disponibilidade de apoio profissional, ao nível de renda da família, à escolaridade, ao gênero, à idade, à saúde, à ocupação do cuidador, à sua personalidade, à história de relacionamento entre o cuidador e o idoso e às atitudes de ambos com relação ao cuidado. Enfim, todos esses eventos se combinam para constituir a relação cuidador / idoso dependente como uma situação que poderá resultar tanto em uma dinâmica do processo de cuidar saudável como em não-saudável.

É notório observar que abusos, maus-tratos e negligência ocorridos em ambiente familiar, os conflitos intergeracionais, as dificuldades físico-financeiras, as mútuas dependências do idoso e do cuidador, somados ao imaginário social que considera a velhice e o envelhecimento como uma fase de decadência da vida humana, o estudo da violência contra os idosos se torna mais complexo, quando se deseja compreendê-la a partir do interior da unidade familiar, uma arena privada a ser tornada pública.

### *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

O presente estudo, de cunho exploratório-descritivo com delimitação, busca tão-somente os dados iniciais de variáveis demográficas e algumas questões pontuais, possíveis indicadores de presença de fatores de risco de maus-tratos em idosos. Dos dados obtidos na amostra estudada, pode-se afirmar, com base nos referenciais consensualmente aceitos (Lachs; Pillemer, 1995), que os resultados apontaram para a presença de possíveis fatores de risco de negligência, abuso, maus-tratos e violência contra idosos na população em foco. São os seguintes os fatores identificados, exigindo, obviamente, em estudos futuros, aprofundamento das devidas conceitualizações.

#### I. Fatores de risco do idoso:

- idosos mais longevos;
- idosas mulheres;
- idosos dependentes de cuidados diretos;



## 2. Fatores de risco do cuidador:

- idade avançada (60 anos e mais);
- cuidadoras mulheres;
- dependência financeira da renda do idoso;
- cuidador único em cuidado integral;
- cuidador doente / estressado;

## 3. Fatores de risco do ambiente situacional:

- convivência intergeracional;
- isolamento social;
- dependências mútuas cuidador / idoso.

### NOTAS

- <sup>1</sup> Professora Auxiliar do Departamento de Saúde (DS) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), área de concentração em saúde do idoso.
- <sup>2</sup> Professora Adjunta I do Departamento de Saúde (DS) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. Vice-coordenadora Local do Convênio CAPES/PQI: UFSC/PEN x UESB/DS/Jequié (2003/2007).
- <sup>3</sup> Professora Assistente do Departamento de Saúde (DS) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. Mestre em Ciências da Enfermagem.
- <sup>4</sup> Discente de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – 7º semestre. Bolsista da FAPESB/BA.
- <sup>5</sup> Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Responsável pelo convênio CAPES/PQI: UFSC/PEN x UESB/DS/Jequié (2003/2007).

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, A. M. *Tendo que cuidar: a vivencia do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado no contexto domiciliar*. 2001. 183 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BLAZOLI-ALVES, Maria Aparecida. Aproximações teóricas e conceituais da família e violência no final do século XX. *Revista Texto e Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, v.8, n.2, p. 65-75, maio/ago., 1999.

BLOCK, Ana B. et al. *Psicologia: uma introdução ao estudo de Psicologia*. São Paulo: Saraiva, 1995.



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviço*. Brasília, DF: a Secretaria, 2001.

LACHS, M.S.; PILLEMER, K. Abuse and neglect in elderly persons. *N Engl J Med.*, n.332, p. 437. 1995.

MACHADO, Laura; QUEIROZ, Zally V. Negligência e maus -tratos. In: FREITAS, E.V. et. Al (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 791-797

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. As múltiplas mensagens da violência contra idosos In: \_\_\_\_\_. *Violência sobre o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.223-242.

NERI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A.L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A. O.; DIOGO, M. J D. (Orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

ROSS, Marc Horward. *La cultura del conflicto: las diferencias interculturales em la practica de la violencia*. Barcelona: 1995.

SHELBY-LANE, C. Elder abuse: a case analysis for health care providers. In: YOUNG, R. F.; OLSON, E. A. *Health, illness and disability in late life*. Newbury Park: Sage, 1991.

VERAS, Renato P. *Pais Jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ZARIT, S.H.; REEVER, K.E.; BACH -PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, v.20, p. 649-655, 1980.

#### ABSTRACT

This exploratory-descriptive study tried to identify families with potential risk of intrafamiliar violence, in the perception of the elderly and caregivers. Data was collected from 50 elderly and 50 caregivers, all residents in the neighborhood Inocenc, Igarapé, PA, Brazil, in 2003. Among the elderly, 30% were



the caregivers are: financial dependence upon the salary of the cared elderly; advanced age (60 years old or more); gender (women); caregiver with stress or sickness; and sole responsibility to offer care. The factors related to the situational environment are: intergenerational living; social isolation; mutual dependencies among the elderly/caregiver.

KEYWORDS: Aged, 80 and over; Caregivers; Family Relations; Elder abuse; Risk Factors; Domestic Violence; Jequiá, BA.

Recebido para publicação em: 16/6/2004  
Aprovado em: 09/8/2004  
Correspondência para:  
Edméia Campos Meira  
Rua Gonçalves da Costa, 128  
CEP 45200-000 - Jequiá, BA  
E-mail: edmeiam@hotmail.com

## *A produção científica sobre envelhecimento e saúde no Brasil*

### *The scientific production about aging and health in Brazil*

Shirley Donizete Prado<sup>1</sup>

Jane Dutra Sayd<sup>2</sup>

#### *RESUMO*

Descrevemos a produção de conhecimento sobre envelhecimento e saúde no Brasil no período de 1980 a 2002. Tomamos para análise os registros bibliográficos das Bases Lilacs, BVSE e SciELO. Em dezembro de 2002, identificamos 3.705 publicações sobre envelhecimento e saúde, o que corresponde a 1,2% do universo Lilacs; 2.102 são provenientes do Brasil, ou seja, 56,8% da produção da América Latina e Caribe nesse campo. Trata-se de produção recente e que cresce com forte intensidade, concentrada na região Sudeste do País. Predomina a publicação em forma de artigo em periódicos provenientes de amplo leque de especialidades médicas, além de áreas como saúde pública e enfermagem. São 1627 artigos publicados em 197 revistas. Não há, hoje no Brasil, um único periódico indexado nas bases estudadas especializado em geriatria ou gerontologia. No site SciELO, encontramos 20 periódicos publicados no Brasil com 86 artigos referentes ao envelhecimento e saúde no período de 1996 a 2002. Aqui predominam os estudos de natureza epidemiológica e biomédica oriundos, principalmente, de instituições como na USP, UNIFESP, UERJ, UFRJ, PUCRS e FIOCRUZ que conformam, em seu interior, centros qualificados de geração de conhecimento sobre essa temática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento; Saúde; Bases de dados bibliográficas; Publicações periódicas; Brasil; América Latina.

#### *INTRODUÇÃO*

Descrevemos a produção de conhecimento sobre envelhecimento e saúde tomando como referência principal a base de dados bibliográficos denominada Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs, 2002), desenvolvida pelo Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme, 2002). Esta é, reconhecida-

mente, a mais abrangente fonte de informações bibliográficas acerca de temas na área da saúde nessa Região.

O processo de envelhecimento humano corresponde a fenômeno multifacético e vem sendo tratado nas mais diversas áreas do conhecimento (Neri e Debert, 1999, Prado *et al.*, 1999 e 2000). Publicações sobre saúde e doença em idosos certamente estarão presentes de forma bastante completa na Base Lilacs. Publicações voltadas para questões relativas aos idosos, à velhice e ao processo de envelhecimento, geradas por estudiosos de outras áreas como história, antropologia, direito, urbanismo, entre outras, estão muito dispersas; eventualmente, algumas podem estar presentes na Base Lilacs, mas não temos como fazer estimativas a esse respeito.

Dada a inexistência outras bases de dados bibliográficos igualmente amplas que venham a nos dar conta da produção de conhecimento brasileira relativa ao processo de envelhecimento em seu conjunto, restringimo-nos, aqui, à área da saúde.

O conhecimento acerca da produção e divulgação de conhecimento numa determinada área pode ser importante, conforme Figueira *et al.* (1999), para (a) avaliar a qualidade da educação continuada, (b) aferir o crescimento e a utilização do conhecimento no campo e (c) aumentar a eficiência nos mecanismos de distribuição de recursos e incentivar o apoio à pesquisa. Com este estudo buscamos, num plano mais geral, contribuir para a constituição de elementos que possam subsidiar a formulação de políticas de pesquisa e de formação de recursos humanos voltadas para questões atinentes ao processo de envelhecimento no Brasil.

### **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A Base Lilacs é alimentada, desde o início da década de 1980, por uma rede de centros cooperantes constituída por bibliotecas, centros de documentação e organismos similares de instituições situadas nas áreas da saúde e afins. Em dezembro de 2002, contava com um total de 308.676 registros de artigos, dissertações de mestrado, teses de doutorado, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e documentos governamentais publicados nos países da



América Latina e Caribe. O Brasil respondia, então, por 129.049 registros nesse universo, ou seja, 41,8% da base. Na Base Lilacs também estavam indexados, até essa data, 1.205 periódicos científicos – inseridos a partir de critérios que gradualmente vem se tornando mais exigentes – incluindo as revistas mais bem conceituadas em sua área de abrangência.

A partir de 2002, a Bireme vem investindo no desenvolvimento de uma base especializada de dados bibliográficos voltada para temática do envelhecimento humano: trata-se de um recorte da Base Lilacs denominada Base Biblioteca Virtual em Saúde – Envelhecimento (BVSE, 2002). Em 19 de dezembro de 2002, encontramos a BVSE com um total de 3.705 registros – ou seja, 1,2% do universo Lilacs – dos quais 2.102 provenientes do Brasil. Se, de um lado, a participação da temática do envelhecimento no conjunto da produção científica latino-americana e do Caribe em saúde apresenta-se pouco expressiva, por outro, o Brasil responde por 56,8% dessa produção. No portal de revistas científicas da BVSE constam 54 periódicos no mundo, dos quais uma na Argentina e um no Brasil.

Uma outra base de dados considerada nesta pesquisa é a *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO, 2002) que corresponde a uma biblioteca de revistas científicas em formato eletrônico disponíveis na *Internet*. Foi concebida pela Bireme em associação com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, 2002) com vistas a aumentar a difusão da produção científica brasileira e a desenvolver mecanismos de avaliação complementares aos do *Institute for Science Information* (ISI, 2002); corresponde também a uma metodologia complementar de registros bibliográficos e de indexação desenvolvidos para a Base Lilacs (Packer, et al., 2001). A Base SciELO, cujos critérios para inclusão são bastante rigorosos, vem sendo considerada por vários estudiosos da produção científica brasileira como referência importante para avaliação dos periódicos que a compõem (Meneguini, 1998, Población e Goldemberg, 2001).

Em dezembro de 2002, havia 93 periódicos brasileiros correspondendo a 23.159 artigos divulgados no site SciELO. A Base Lilacs informa quando um determinado artigo está também presente na Base SciELO. Como este site passou a operar a partir de 1997, embora uma determinada revista possa constar dessa base, apenas os trabalhos publicados bem mais recentemente estarão aí presentes. Os 2.102 registros

que correspondem a participação do Brasil na Base BVSE são nosso universo de estudo. Para essas informações buscaremos discutir o tipo de publicação e o ano de publicação; para os artigos científicos, abordaremos a distribuição geográfica e sua inserção em periódicos indexados nas Bases Lilacs e SciELO.

## RESULTADOS

A distribuição dos registros da BVSE de acordo com o ano de cada publicação nos diz de uma produção que cresce de forma intensa, principalmente, a partir da década de 1990 (Tabela 1). É o fenômeno que alguns autores identificam como “a descoberta da velhice” e a constituição de um verdadeiro *boom* gerontológico no Brasil (Groisman, 1999 e 2002). Os primeiros registros na BVSE encontram-se na casa das duas dezenas de publicações ao ano no início da década de 1980, chegando a cerca de 200 por ano em torno de 2000: um crescimento da ordem de 10 vezes. Trata-se de um incremento muito mais acentuado que aquele relativo a produção científica brasileira em relação ao conjunto da pesquisa mundial. Conforme dados divulgados por Izique (2002) a partir da base de dados do *Institute for Science Information* (ISI, 2002), o número de artigos brasileiros publicados em periódicos científicos internacionais indexados passou de 1.889, no ano de 1981, para 10.555 em 2001, representando um crescimento de 5,6 vezes, o que é considerado bastante animador pela autora. É maior também que o crescimento encontrado em toda a Base Lilacs e na Lilacs Brasil, o que é da ordem de três vezes para o mesmo período.

A área da saúde mantém uma característica peculiar de publicar os resultados de suas pesquisas predominantemente sob o formato de artigos, especialmente, os de natureza biomédica e epidemiológica (Guimarães *et al*, 2001 e Coimbra, 1999). Um dos primeiros resultados deste estudo corresponde a predominância de artigos publicados em relação ao universo estudado, perfil esperado e que confere, portanto, consistência aos achados. Organizamos os registros da Base BVSE por tipo de publicação e os apresentamos na Tabela 2.

Com relação às dissertações e teses, esses dados encontram-se certamente subestimados, inclusive na área da saúde. Nossa afirmação tem

**TABELA 1**  
**REGISTROS BIBLIOGRÁFICOS NA ÁREA DA SAÚDE PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE E PARA O BRASIL E SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE NO BRASIL POR ANO DE PUBLICAÇÃO. 1980-2002**

Ano	Envelhecimento e saúde Brasil		Saúde Brasil %	Saúde A L & C %
	N	%		
1980	2	0,1	0,28	0,2
1981	18	0,8	2,26	1,96
1982	28	1,3	2,62	2,36
1983	24	1,1	3,17	2,78
1984	14	0,7	3,25	2,90
1985	18	0,8	3,98	3,99
1986	15	0,7	3,74	4,17
1987	24	1,1	4,05	4,46
1988	41	1,9	4,55	4,95
1989	51	2,4	4,31	4,45
1990	83	3,9	3,99	4,37
1991	85	4,0	4,18	4,35
1992	109	5,2	4,35	4,78
1993	108	5,1	4,53	5,01
1994	124	5,9	5,38	5,64
1995	128	6,0	5,16	5,64
1996	168	7,9	5,94	6,14
1997	211	10,0	5,71	6,31
1998	175	8,3	6,50	6,40
1999	210	10,0	6,33	6,20
2000	169	8,1	6,64	5,96
2001	192	9,2	5,43	4,63
2002	105	5,0	3,53	2,35
Total	% N	100,0	100,0	100,0
		2.102	129.049	308.676

Fonte: BVSE, Lilacs, Bireme, 2002

por referência a base de dados bibliográficos sobre envelhecimento no Brasil (Projeto Teses, 2002) disponibilizada para consultas na *Internet* pelo Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI, 2002) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Trata-se da mais completa fonte de informações sobre essas monografias em âmbito nacional. Em novembro de 2002 constavam 891 obras nessa base, provenientes de todas as áreas do conhecimento, ou seja, mais de cinco vezes o número de registros da Base BVSE. Consideramos que esse material merece análise específica em artigo à parte.

TABELA 2  
REGISTROS BIBLIOGRÁFICOS SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE  
POR TIPO DE PUBLICAÇÃO. BRASIL, 1980-2002.

Tipo de publicação	Número	%
Artigos	1.624	77,3
Dissertações de mestrado	116	5,5
Teses de doutorado (inclui duas teses de livre docência)	66	3,1
Capítulo de livro	108	5,1
Livro	46	2,2
Outros	142	6,8
Total de registros	2.102	100,0

Consultando os periódicos indexados na Base Lilacs, encontramos apenas uma revista brasileira especializada em nosso campo de interesse, observando que essa revista – Anais Brasileiros de Geriatria & Gerontologia – foi publicada entre 1979 e 1981. Uma leitura crítica do conjunto dos registros em estudo nos conduziu a identificação de alguns capítulos de livros que correspondem, de fato, a artigos publicados em duas revistas especializadas não indexadas (Textos sobre Envelhecimento e Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento) e que foram identificadas em seus números individuais como livros por conta do próprio formato que estas (hoje) revistas assumiam quando do registro de suas informações. Esse pequeno conjunto formado pelos artigos publicados nessas três revistas corresponde a 32 registros.

Dados recolhidos no CRDE-UnATI-UERJ nos informam sobre a existência de sete periódicos nacionais, dos quais apenas três em atividade atualmente. Por um lado, esse maior número de revistas nos indica que os 32 artigos acima identificados correspondem a um número bastante aquém do que vem sendo publicado em periódicos especializados em envelhecimento no Brasil. Por outro, dois fatos devem ser considerados: (a) nenhuma dessas revistas está indexada e (b) a maioria não se estabeleceu efetivamente, ou, no dizer de Población e Goldemberg (2001), certamente, não conseguiram “ultrapassar a ‘idade crítica’ que é caracterizada pelo alto índice de mortalidade dos periódicos nos primeiros cinco anos de existência”. Estas situações parecem nos dizer de fragilidades significativas para a

consolidação de veículos de disseminação de conhecimento e talvez da própria geração de conhecimento nesse campo. Diante desse quadro, optamos por retirar esses 32 registros do universo ora estudado e tratá-los em artigo à parte, no interior do conjunto específico de revistas especializadas em geriatria e gerontologia, o que acreditamos, poderá traduzir com maior propriedade as questões que permeiam as iniciativas brasileiras de editar periódicos voltados para a temática do envelhecimento. Assim, dos 1.624 artigos foram retirados os 32 registros (2,0%) referentes a revistas geronto-geriátricas resultando 1.592 artigos.

No Brasil, vários pesquisadores vem fazendo uso de metodologias específicas para análise da produção científica nacional (Morel e Morel, 1977, Lancaster e Carvalho, 1982, Velho, 1986, Guimarães e Sayd, 1994, para citar alguns exemplos). Com frequência, periódicos especializados de uma determinada área são tomados para análise, buscando tratar da educação continuada e do vigor da produção científica no campo em questão, entre outros aspectos (Yamamoto, *et al*, 1999, Figueira, *et al*, 1999). Para o caso do envelhecimento, entretanto, uma abordagem distinta é necessária, principalmente, porque a grande maioria dos artigos voltados para essa temática encontra-se publicada em periódicos situados em outras áreas, que não a geriatria ou a gerontologia brasileiras.

Partindo, então, do conjunto de artigos que tratam do tema em tela presentes em revistas publicadas na área da saúde no Brasil, encontramos uma forte concentração das publicações na Região Sudeste, o que confirma os padrões nacionais de produção de conhecimento técnico-científico (Guimarães *et al*, 2001, Yamamoto, *et al*, 1999, Figueira, *et al*, 1999), conforme mostra a Tabela 3.

A base de dados BVSE apresenta uma classificação dos periódicos por "especialidade". A grande maioria das categorias aí encontradas corresponde a especialidades médicas, mas também há aquelas que melhor correspondem a áreas do conhecimento como enfermagem, saúde pública ou epidemiologia, por exemplo. Cada revista pode estar classificada em mais de uma "especialidade", comumente duas. Conforme vimos enfatizando, o processo de envelhecimento humano, em suas múltiplas facetas, é tratado por um leque bastante amplo dessas especialidades. A Tabela 4 mostra que algumas categorias são de caráter muito geral como

TABELA 3  
ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO DE ORIGEM DO PERIÓDICO. BRASIL, 1980-2002

Unidade da Federação	Número de artigos	%
São Paulo	995	62,5
Rio de Janeiro	420	26,4
Rio Grande do Sul	55	3,5
Distrito Federal	41	2,6
Santa Catarina	39	2,4
Paraná	9	0,6
Paraíba	8	0,5
Minas Gerais	7	0,4
Bahia	7	0,4
Goiás	5	0,3
Pernambuco	4	0,3
Piauí	2	0,1
Total	1.592	100,0

Fonte: BVSE, Bireme, 2002

TABELA 4  
ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE POR ESPECIALIDADES. BRASIL, 1980-2002.

Especialidades	Número de artigos
Medicina	334
Cardiologia	268
Psiquiatria	168
Neurologia	108
Enfermagem	100
Cirurgia	96
Gastroenterologia	92
Ortopedia	92
Saúde pública	92
Oftalmologia	55
Medicina tropical	44
Biologia geral	30
Odontologia	28
Ginecologia	27

Otorrinolaringologia	27
Endocrinologia	26
Metabolismo	26
Neurocirurgia	22
Oncologia	21
Obstetrícia	17
Parasitologia	13
Angiologia	11
Reabilitação	11
Medicina física	9
Medicina ocupacional	9
Terapêutica	9
Distúrbios da comunicação	8
Anestesiologia	7
Outros	7
Medicina esportiva	6
Psicologia	6
Radiologia	6
Medicina militar	5
Medicina oriental tradicional	5
Genética	4
Neurociências	4
Nutrição	4
Pneumologia	4
Outras especialidades (*)	35

Fonte: BVSE, Bireme, 2002

(\*) Outras especialidades: Administração pública, Diagnóstico por imagem, Medicina nuclear e radioterapêutica, Reprodução e Reumatologia (três artigos em cada); Administração hospitalar, Arritmia, Dermatologia, Histologia e Nefrologia (dois artigos em cada); Epidemiologia, Equipamentos e provisões hospitalares, Hematologia, Patologia, Pediatria e Sistema cardiovascular (um artigo em cada).

“medicina”, que é a especialidade predominante. As especialidades seguintes, como cardiologia, mantêm coerência com a forte presença de doenças não transmissíveis em idosos; a psiquiatria e a neurologia podem estar associadas às chamadas síndromes geriátricas, por exemplo. A gerontologia não consta como especialidade e retiramos a revista classificada na especialidade geriatria, o que, como registramos anteriormente, representa muito pouco, cerca de 2,0% do total de artigos; assim, temos que as questões

relativas aos idosos, à velhice e ao processo de envelhecimento e saúde vem sendo predominantemente estudadas pelo viés das diversas especialidades médicas.

Em outras palavras, parece que ainda há um longo caminho a percorrer até que a geriatria e a gerontologia venham a estabelecer-se efetivamente como área do conhecimento sustentada por pesquisas construídas a partir de um olhar próprio.

Procuramos identificar em quais periódicos esses artigos foram publicados, o que nos rendeu uma lista bastante longa: 197 revistas. Em estudo sobre a pesquisa em epidemiologia no Brasil, Guimarães *et al.* (2001) verificaram que os artigos dessa área estavam predominantemente publicados em cerca de 20 periódicos, incluindo estrangeiros; neste nosso estudo, encontramos que os artigos analisados estão presentes de forma mais intensa em 35 revistas, todas publicadas no Brasil, conforme descrevemos na Tabela 5.

Consultamos o site SciELO e encontramos 20 periódicos publicando 86 artigos referentes ao envelhecimento e saúde no período de 1996 a 2002. As revistas que mais divulgaram artigos sobre essa temática foram a Revista de Saúde Pública (20), os Cadernos de Saúde Pública (13), Revista Brasileira de Psiquiatria (9), Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (8), Arquivos de Neuro Psiquiatria (6), Arquivos Brasileiros de Cardiologia (5) e Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia (4). Diferentemente do conjunto estudado na BVSE, a área da saúde coletiva aqui predomina, com destaque para os estudos de natureza epidemilógica.

Procuramos identificar as instituições que aparecem com maior frequência como geradoras dos trabalhos presentes na Base SciELO. Encontramos alguns pólos institucionais, apontados a seguir. Cabe destacar que nos artigos aí produzidos há menção freqüente a trabalhos derivados de dissertações e teses ou gerados no interior ou em articulação com programas de pós-graduação.

Em São Paulo, dois focos institucionais se destacam: o primeiro articulando o Hospital das Clínicas / Faculdade de Medicina, incluín-



TABELA 5  
REVISTAS EM QUE SE ENCONTRAM OS MAIORES NÚMEROS DE  
ARTIGOS PUBLICADOS SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE.  
BRASIL, 1980 A 2002

Revistas	Artigos	
	Número	%
Arquivos Brasileiros de Cardiologia	180	11,30
Arquivos de Neuro-Psiquiatria	98	6,15
Revista Brasileira de Ortopedia	87	5,46
Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular	57	3,58
Revista de Saúde Pública	37	2,32
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	36	2,26
Arquivos de Gastroenterologia	34	2,13
Revista Paulista de Medicina	31	1,94
São Paulo Medical Journal	30	1,88
Arquivos Brasileiros de Oftalmologia	29	1,82
Folha Médica	26	1,63
Jornal Brasileiro de Medicina	26	1,63
Mundo da Saúde	25	1,57
Texto & Contexto - Enfermagem	25	1,57
Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia	24	1,50
GED: Gastroenterologia Endoscopia Digestiva	24	1,50
Revista Brasileira de Colo-Proctologia	24	1,50
Revista Brasileira de Oftalmologia	23	1,44
Brazilian Journal of Medical and Biological Research	21	1,31
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	18	1,13
Acta Cirúrgica Brasileira	17	1,06
Cadernos de Saúde Pública	17	1,06
Revista da Associação Médica Brasileira	15	0,94
Revista Brasileira de Cancerologia	15	0,94
Revista Científica da AMECS	15	0,94
Acta AWHO	14	0,87
Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia	14	0,87
RBM Revista Brasileira de Medicina	14	0,87
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	14	0,87
Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	13	0,81
Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo	13	0,81
Revista Brasileira de Enfermagem	12	0,75

Acta Paulista de Enfermagem	11	0,69
Anais da Academia Nacional de Medicina	11	0,69
Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)	11	0,69
Revista Brasileira de Neurologia	10	0,62
Revista do Hospital das Clínicas (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)	10	0,62
Outras Revistas	511	32,10
Total de artigos	1.592	100,00

Fonte: BVSE, Lilacs, Bireme, 2002

do o Projeto Terceira Idade (PROTER) e a Faculdade de Saúde (USP); e o segundo envolvendo a Escola Paulista de Medicina e o Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisadores e profissionais de saúde de diversas áreas aparecem em artigos desenvolvidos em uma ou mais dessas instituições. Participam, com menor frequência, outras faculdades de medicina do interior e organismos governamentais, além de instituições hospitalares particulares. Há em São Paulo presença de articulações internacionais nesse campo.

No Rio de Janeiro, a Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ), o Instituto de Medicina Social e a Universidade Aberta da Terceira Idade, ambos da UERJ, além do Centro de Doença de Alzheimer (IPUB-UFRJ), contam com produção destacada. Intercâmbios entre pesquisadores e profissionais dessas instituições e também de organismos governamentais estão presentes.

No Rio Grande do Sul, o Instituto de Geriatria e Gerontologia e a Faculdade de Medicina da PUC-RS formam um outro importante polo gerador de conhecimento. E, em Minas Gerais, o Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia e Antropologia do Envelhecimento do Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ) mais a Faculdade de Medicina da UFMG correspondem a outra referência nesta temática.

Até que ponto essas articulações são fruto de iniciativas individuais ou formalmente institucionalizadas, não temos agora como saber. Suspeitamos que a primeira possibilidade seja a mais provável, dada talvez a "juventude" dessa produção científica. Uma investigação acerca da capa-

cidade de produção técnico-científica desses núcleos será de grande valia para o estabelecimento de hipóteses mais sólidas em relação à geração de conhecimento nessa área.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Guimarães, valendo-se de análise desenvolvida por Neri sobre a tendência da pesquisa gerontológica no Brasil, fez um diagnóstico contundente em 1997. Apontou problemas como (a) insuficiência teórica, (b) concepções universalistas sobre a velhice, em estudos apoiados em modelos que enfatizam a origem social dos problemas dos idosos refletindo posições conservadoras e (c) um maior volume de pesquisa social servindo apenas para comprovar aquilo que é de domínio do senso comum. Na área da saúde, o autor considerava que apenas no campo da epidemiologia que a pesquisa apresentava maior consistência. Guimarães encontrava, então, algum alento na criação recente de dois periódicos e elogiava seu esforço em relação ao rigor editorial e, embora registrasse uma progressiva qualificação dos *papers* originais, notava que esses correspondiam a pequenos estudos transversais com elementar abordagem estatística e que predominavam os artigos de revisão. Nenhuma dessas revistas vingou.

Por outro lado, a partir do final da década de 1990, programas de pós-graduação (mestrado e doutorado) vem se estruturando voltados integral ou parcialmente (como áreas de concentração) para o envelhecimento. Outras revistas especializadas tentam estabelecer-se. Pesquisadores buscam estruturar articulações institucionais e investem na formação de centros especializados de produção de conhecimento nessa área.

Assim, o processo de envelhecimento, como tema de pesquisa, vem sendo tratado por diversas especialidades médicas e em várias áreas da saúde de forma crescente e com uma parcela, ainda que pequena, mas bem situada no cenário da pesquisa científica nacional.

Do conjunto desses novos programas de pós-graduação e de grupos de pesquisadores da área da saúde é que, certamente, poderá se constituir um corpo de conhecimento que venha a responder importantes demandas colocadas pelo complexo fenômeno de envelhecimento da po-

pulação brasileira. Mas, o caminho provavelmente será longo até que essas iniciativas venham a corresponder a uma área consolidada de produção de conhecimento e de formação de recursos humanos para pesquisa.

### NOTAS

- <sup>1</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora Adjunta e Vice-Diretora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- <sup>2</sup> Médica, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME). Disponível em: <<http://www.bireme.br>> Acesso em: 11 dez. 2002.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – ENVELHECIMENTO (BVSE). Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvse/?!sisScript=iah/iah.xis&base=BVSE&lang=e>> Acesso em: 11 dez. 2002.

COIMBRA JR., Carlos E.A. Produção científica em saúde pública e as bases bibliográficas internacionais. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v.15, n.4, p.883-888, out./dez. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000400022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 dez. 2003. ISSN 0102-311X

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO (FAPESP). Disponível em: <<http://www.fapesp.br>> Acesso em: 11 dez. 2002.

FIGUEIRA, Ivan; LETA, Jaqueline; DE MEIS, Leopoldo. Avaliação da produção científica dos principais periódicos brasileiros de Psiquiatria no período de 1981 a 1995. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online], v.21, n.4, p.201-208, dez. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 dez. 2003. ISSN 1516-4446.

GROISMAN, Daniel. Velhice e história: perspectivas teóricas. *Cadernos do IPUB*, 2ed., v.1, n.10, p.43-56, 1999.

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, ciência. Saúde - Manguinhos*. [online], v.9, n.1 p.61-78, jan. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2002. ISSN 0104-5970.

GUIMARÃES, Reinaldo; LOURENCO, Ricardo; COSAC, Silvana. A pesquisa em Epidemiologia no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. [online], v.35, n.4, p.321-340, ago. 2001. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000400001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 janeiro 2002. ISSN 0034-8910.

GUIMARÃES, Renato Maia. O processo de envelhecimento como campo de pesquisa. *Gerontologia*, v. 5, n. 1, p. 18-22, 1997.

INSTITUTE FOR SCIENCE INFORMATION (ISI). Disponível em: <<http://www.isinet.com/isi/index.html>> Acesso em: 05 dez. 2002.

IZIQUE, Cláudia. Produção crescente. *Pesquisa FAPESP*, n. 81, p. 18-22, nov. 2002. Disponível em <<http://www.revistapesquisa.fapesp.br>>

LANCASTER F.W.; CARVALHO M. B. P. O cientista brasileiro publica no exterior: em que países, em que revistas, sobre que assuntos. *Cienc e Cult*, v. 34, p. 627-634, 1982.

LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (LILACS). Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>> Acesso em: 11 dez. 2002.

MENEGHINI, R. Avaliação da produção científica e o Projeto SciELO. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 27, p. 219-220, 1998.

MOREL, R. L. M; MOREL C. M. Um estudo sobre a produção científica brasileira segundo os dados do Institute for Scientific Information (ISI). *Ciência da Informação*, Brasília, v. 6, p. 99-109, 1977.

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

PACKER, Abel; BIOJONE, Mariana Rocha; ANTONIO, Irati; TAKEMAKA, Roberta Mayumi; GARCÍA, Alberto Pedroso; SILVA, Asael Costa da; MURASAKY, Renato Tosiuyuki; MYLEK, Cristina; REIS, Odília Carvalho; DELBUCCIO, Hálida Cristina Rocha F. SciELO: una metodología para la publicación electrónica. *ACIMED*, v. 9, supl., p. 9-22, 2000.

POBLACIÓN, Dinah Aguiar; GOLDENBERG Saul. Acta Cirúrgica Brasileira: visibilidade e cessorabilidade da produção científica na área da cirurgia experimental *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v.16, n.3, jul./set. 2001.

PRADO, Shirley Donizete; TAVARES, Elda Lima. Produção acadêmica sobre envelhecimento e velhice: alguns registros preliminares acerca da produção da pós-graduação. In: PRADO, Shirley Donizete; TAVARES, Elda Lima; SILVA, Flávia Regina Costa da. *Catálogo de teses e dissertações na área do envelhecimento humano*. Rio de Janeiro: CRDE-UnATI-UERJ, 1999. p.7-9.

PRADO, Shirley Donizete; LIMA, Marcelo Alves. *Catálogo de Cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado em Geriatria, Gerontologia e Áreas Afins*. Rio de Janeiro: CRDE-UnATI-UERJ, 2000.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE (SciELO). Disponível em: <[http://www.scielo.org/index\\_p.html](http://www.scielo.org/index_p.html)> Acesso em: 11 dez. 2002.

TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO NO BRASIL (Projeto Teses). Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>> Acesso em: 05 dez. 2002.

UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE (UnATI). Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>> Acesso em: 15 set. 2002.

VELHO L. M. S. The meaning of citation in the context of a scientifically peripheral country. *Scientometrics*. v. 18, p. 71-89, 1986.

YAMAMOTO, Oswaldo H.; SOUZA, Carina Cavalcanti de; YAMAMOTO, Maria Emília. A produção científica na psicologia: uma análise dos periódicos brasileiros no período 1990-1997. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [online], v.12, n. 2, p.549-565. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721999000200019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 maio 2003. ISSN 0102-7972.

#### ABSTRACT

We describe the production of knowledge about aging and health in Brazil from 1980 to 2002. We chose to analyze the bibliographic records from the bases: Lilacs, BVSE and SciELO. In December 2002, we identified three thousand, seven hundred and five publications about aging and health, which corresponds to 1,2% of Lilacs' universe; two thousand, a hundred and two come from Brazil, that is, 56,8% of Latin America and Caribe production as far as this field is concerned. It is about recent production which grows with great intensity, concentrated in the southeast region of the country. The great majority of publications are articles in periodicals that come from the enormous variety of medical specialties, besides areas such as health care and nursing. There are one

thousand, six hundred and twenty seven articles published in one hundred and ninety seven journals. Nowadays, in Brazil, there isn't a single periodical which has been included in the studied bases specialized either in geriatrics or in gerontology. In the SciELO site, we find twenty periodicals published in Brazil with eighty six articles related to aging and health in the period from 1996 to 2002. Here prevails the epidemiological and biomedical studies derived, mainly, from institutions such as: USP, UNIFESP, UERJ, UFRJ, PUCRS, and FIOCRUZ which have qualified centers in the generation of competent knowledge about this thematic.

**KEYWORDS:** Aging; Health; Databases bibliographic; Periodicals; Brazil; Latin America.

Recebido para publicação em: 24/6/2004  
Aprovado em: 30/8/2004  
Correspondência para:  
Shirley Donizete Prado  
E-mail: shirley\_prado@terra.com.br

## *Avaliação do impacto da intervenção geriátrica na prescrição de idosos*

*Assessment of the impact of geriatric intervention on prescription to elderly*

Flávia Lírio Coutinho(\*)

### RESUMO

O trabalho tem por objetivo avaliar a qualidade e quantidade de medicamentos utilizados por idosos (mais de 60 anos) em acompanhamento geriátrico. Foram selecionados os idosos que iniciaram acompanhamento no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), entre fevereiro/2002 e fevereiro/2003, e que se mantiveram em atendimento por um período mínimo de seis meses. Foram consultados seus prontuários e colhidos dados referentes ao uso atual e progresso de medicamentos, idade, escolaridade, comorbidades e diagnósticos firmados no serviço, num total de 53 pacientes. A média de idade foi de 76 anos.

Os principais diagnósticos estabelecidos foram HAS (71,6%), osteoartrose (30,1%), depressão (22,6%), dislipidemia (20,7%) e osteoporose (15%). A mediana de drogas em uso regular pelos idosos era de 2,0 e passou a 3,0 após acompanhamento geriátrico, com a maioria (45,2%) utilizando entre 1 a 3 drogas diariamente. Anti-hipertensivos, AAS, cálcio, alendronato e fluoxetina foram os fármacos mais prescritos. A conclusão é que o acompanhamento geriátrico aumentou a mediana de drogas utilizadas pelos idosos, assim como aumentou o número de diagnósticos estabelecidos. Muitos fármacos sem indicação, os de meia-vida longa e com mais efeitos adversos foram suspensos.

Houve o reconhecimento de doenças freqüentes na população idosa, como osteoporose e depressão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Revisão do uso de medicamentos; Efeitos Adversos; Continuidade da assistência ao paciente; Rio de Janeiro.

### INTRODUÇÃO

As alterações na farmacocinética e farmacodinâmica das drogas em indivíduos idosos são um dos importantes determinantes do aumento da incidência de efeitos adversos e de interações medicamentosas nesses pacientes. As alterações na farmacocinética são responsáveis por modifi-



cações na disponibilidade das drogas, resultando em diferentes concentrações das mesmas nos sítios de ação. Na maior parte das vezes, essas alterações resultam em alta concentração da droga, levando a um aumento da resposta no órgão efector. Já a farmacodinâmica diz respeito a diferenças nas respostas do organismo a dada concentração de drogas, considerando as peculiaridades referentes aos receptores de ação de determinada droga (Rumi, 2000).

Essas alterações decorrem de modificações ligadas ao processo de envelhecimento. Os idosos sofrem diminuição da massa muscular e da água corporal, o que pode alterar a biodisponibilidade de algumas drogas. O metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos, assim como a capacidade de filtração e de excreção renal podem ficar comprometidos. Disso decorrem a dificuldade de eliminação de metabólitos, o acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e a ocorrência de reações adversas. A superposição entre essas últimas e os quadros mórbidos preexistentes aumenta o risco.

Além disso, o fato de as doenças crônicas terem uma prevalência significativa nessa faixa da população concorre para a necessidade, na maioria dos casos, da utilização de mais de um medicamento, o que potencializa os riscos de interações medicamentosas. A prescrição e o uso inadequado dos mesmos podem levar a resultados indesejados, acarretando internações hospitalares evitáveis e elevando os custos do sistema de saúde (Lieber, 2002).

A justificativa deste trabalho se baseia em conhecimentos sobre os efeitos adversos da polifarmacoterapia, as interações medicamentosas e as iatrogenias proporcionadas pelo uso inadequado de drogas por idosos, e foi proposto para avaliar o impacto da intervenção geriátrica na prescrição médica desses pacientes.

O presente estudo teve por objetivo avaliar a quantidade e qualidade de medicamentos utilizados por um grupo de idosos em acompanhamento ambulatorial, comparando-se as medicações em uso antes da inserção no serviço e após um período mínimo de seis meses de intervenção geriátrica, considerando-se as comorbidades existentes.

Trata-se de um trabalho realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), que é um serviço ambulatorial da Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI), da UERJ, que visa ao atendimento integral e multidisciplinar dos idosos inseridos. Nesse serviço, visamos à racionalidade de medicamentos prescritos, conhecendo-se os efeitos adversos da polifarmacoterapia.

## REVISÃO DE LITERATURA

### *Envelhecimento populacional*

A humanidade atravessa um ciclo chamado transição demográfica, que se caracteriza pela queda acentuada das taxas de mortalidade e de fertilidade. A soma desses dois fatores – as pessoas vivendo mais, ao mesmo tempo em que menos nascimentos ocorrem – resulta no envelhecimento global. Só na última metade do século XX, a duração média de vida dos seres humanos se ampliou em cerca de 20 anos. O declínio da fertilidade foi um fator determinante para o envelhecimento da população. Nos últimos 50 anos, a taxa global de nascimentos encolheu quase 50%, e deve continuar nesse ritmo, atingindo em 2050 o índice de 2,1 crianças por mulher (IBGE, 2000).

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo num nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. Uma das explicações para esse fenômeno é o aumento, verificado desde 1950, de 19 anos na esperança de vida ao nascer em todo o mundo.

Os números mostram que, atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos. E ainda, segundo as projeções, o número de pessoas com 100 anos de idade ou mais aumentará 15 vezes, passando de 145.000 pessoas em 1999, para 2,2 milhões em 2050.

No Brasil, no ano de 2000, a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto em 2000 essa proporção atingia 8,6%. Os centenários, no Brasil, somavam 13.865 em 1991, e já em 2000 chegaram a 24.576 pessoas – ou seja, um aumento de 77%.

Em 2025, teremos no Brasil 58 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos; destes, 10 milhões terão mais de 80 anos e aproximadamente 55 mil serão centenários. O Brasil, que estará entre os seis países mais populosos do mundo em 2050, com 15% de sua população idosa, deterá a nona maior população de centenários, em termos absolutos.

A transição demográfica brasileira e o envelhecimento de nossa população tornam a discussão sobre o uso de medicamentos por idosos ainda mais importante, particularmente se esse envelhecimento vem acompanhado por um aumento da demanda por opções terapêuticas supostamente capazes de prolongar a vida, manter a juventude e evitar os males temidos da velhice.

#### *PERFIL DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS*

O consumo de medicamentos, segundo as classes terapêuticas, altera-se ao longo do tempo e da geografia. A proporção de idosos que não usa qualquer medicação é de 4% a 10%, mas pode chegar a 20% ou mais. A maioria deles faz uso regular de pelo menos um medicamento, e o número médio de produtos usados pelos idosos está entre dois e cinco (Rozenfeld, 2003; Sayd, 2000).

A prevalência de uso de medicamentos, ajustada por idade, é maior entre as mulheres, as quais apresentam piores estado funcional e saúde auto-referida, e entre os idosos de maior renda familiar. A idade é uma variável preditora do uso de medicamentos, e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida (Rozenfeld, 2003).

Dos indivíduos que fazem multiuso de medicamentos, aproximadamente 55% são idosos. Há quem estime não existirem diferenças

importantes no perfil de fármacos usados entre os multiusuários, sejam eles jovens ou idosos. Ainda assim, é possível admitir o multiuso como mais prejudicial aos idosos do que aos jovens e, potencialmente, mais iatrogênico.

A proporção de usuários de múltiplos medicamentos é um indicador de qualidade da prescrição e da assistência médico-sanitária, embora a exposição a múltiplos fármacos não seja sinônimo de prescrição inapropriada. Os idosos são passíveis de acometimento simultâneo de disfunções em diferentes órgãos ou sistemas e, portanto, candidatos ao multiuso. Mas sabe-se que há, quase sempre, um elenco variado de medidas não-farmacológicas dirigidas a um estilo de vida mais saudável. Os desdobramentos adversos da polifarmacoterapia favorecem sinergismos e antagonismos não desejados, descumprimentos das prescrições dos produtos clinicamente essenciais e gastos excedentes com os de uso supérfluo (Rozenfeld, 2003).

#### *AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA*

Diversos estudos já publicados indicam que a taxa de automedicação na população idosa varia de 12% a 44%, sendo que as maiores “fontes de indicação” são os amigos, vizinhos e parentes, havendo percepção muito baixa de influência da propaganda na mídia (Sayd, 2000).

#### *IATROGENIAS PROPORCIONADAS POR USO DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS*

Os idosos são particularmente mais susceptíveis aos efeitos tóxicos dos medicamentos, pois com o aumento da idade há alterações na massa corporal, com diminuição da proporção de água, diminuição das taxas de excreção renal e do metabolismo hepático, que faz com que se atinjam concentrações plasmáticas dos medicamentos superiores nesses pacientes. Além disso, a multiplicidade de comorbidades encontradas nesses pacientes aumenta a probabilidade de utilização de múltiplos medicamentos e, conseqüentemente, aumenta a chance de reações adversas às drogas (Papaioannou, 2002).

Aproximadamente 28% das admissões hospitalares de idosos nos EUA resultam de problemas relacionados a medicamentos, sendo que mais de 70% decorrem de reações adversas ocasionadas por essas drogas (Rochon, 2003).

Dentre as iatrogenias relacionadas ao uso de drogas por idosos está o aumento do risco de quedas. Os indivíduos considerados mais susceptíveis a quedas são os mais idosos, que possuem mais doenças crônicas, que têm um índice de massa corpórea maior, e aqueles que utilizam mais drogas, em especial os hipnóticos, os ansiolíticos e os antidepressivos (Lawlor, 2003).

Apesar da relação da polifarmácia com o risco de quedas, a prevenção e o controle de doenças crônicas são o meio mais valioso no controle destas do que a restrição no número de medicamentos. As doenças crônicas podem, isoladamente, aumentar o risco de quedas por efeitos diretos e indiretos, como redução na atividade física, fraqueza muscular e piora no equilíbrio (Lawlor, 2003).

### *PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS*

Em geriatria, tratar de doentes requer conhecer a intimidade dos processos e mecanismos de ação de drogas, seus efeitos colaterais, interações medicamentosas, posologia e, sobretudo, estar afinado com a fisiologia do indivíduo idoso e com as especificidades do processo de envelhecimento.

Na abordagem psicofarmacológica de idosos, alguns cuidados devem ser tomados, devido às próprias características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dessa faixa etária. Questões como utilização de doses menores, maior sensibilidade aos efeitos colaterais, maior tempo de excreção da droga, metabolismo diminuído e maior chance de intoxicações devem sempre estar presentes no raciocínio de quem trata dessa população de pacientes (Rumi, 2000).

Na prescrição para indivíduos idosos, existem medidas importantes a serem seguidas, como o estímulo ao emprego de medidas não-farmacológicas; o acompanhamento, com revisão periódica, do conjunto

dos medicamentos e de seus possíveis efeitos adversos; a preferência por monodrogas, em detrimento das associações em doses fixas; a preferência por fármacos de eficácia comprovada através de evidências científicas; a suspensão do uso, sempre que possível; a verificação da compreensão da prescrição e das orientações farmacológicas ou não-farmacológicas; a simplificação dos esquemas de administração; a atenção aos preços (Rozenfeld, 2003).

A preocupação com o uso irracional de medicamentos levou ao desenvolvimento de listas de substâncias a serem evitadas em idosos, ou usadas apenas em circunstâncias excepcionais, e de suas respectivas doses, frequências e duração máxima de tratamento. Os critérios de Beers, revisados em 2003, listam 48 medicações ou classes de medicamentos a serem evitadas em indivíduos acima de 60 anos, independentemente dos diagnósticos firmados, dentre eles os benzodiazepínicos e hipoglicemiantes orais de meia-vida longa; os barbiturados de curta duração; os antidepressivos com forte ação anticolinérgica; os analgésicos opióides, como o propoxifeno; as associações em doses fixas de antidepressivos e antipsicóticos; a indometacina; alguns relaxantes musculares, como o carisoprodol.

O uso de múltiplos produtos, a prescrição dos contra-indicados para os idosos, o uso de dois ou mais fármacos com a mesma atividade farmacológica e o treinamento inadequado da equipe de saúde favorecem o aparecimento de efeitos adversos e de interações. O aprimoramento da qualidade da prescrição médica e o estímulo às investigações sobre o uso de medicamentos devem beneficiar a população acima dos 60 anos de idade (Rozenfeld, 2003).

### **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, em que foram selecionados os idosos que iniciaram acompanhamento no ambulatório do NAI / UNATI / UERJ, entre fevereiro de 2002 e fevereiro de 2003, através de banco de dados; posteriormente foram consultados seus prontuários e colhidos dados referentes ao uso atual e progresso de medicamentos, idade, escolaridade e comorbidades. Foram excluídos deste estudo os medicamentos homeopáticos.

Os critérios de inclusão dos pacientes foram: indivíduos com 60 anos ou mais que fizeram triagem no ambulatório NAI no período compreendido entre fevereiro de 2002 e fevereiro de 2003, e que mantiveram acompanhamento médico por pelo menos seis meses. A partir dos critérios preestabelecidos, foram pesquisados 61 prontuários no total.

Dos 61 prontuários pesquisados, foram excluídos cinco pacientes que estavam em tratamento exclusivo na homeopatia; e também outros três, pois não constavam os dados sobre medicações em uso nos seus prontuários. Desse modo, 53 prontuários foram utilizados na pesquisa.

A população estudada é de indivíduos com 60 anos de idade ou mais, em acompanhamento ambulatorial no NAI por um período mínimo de seis meses. Os dados das medicações em uso regular atualmente e dos diagnósticos estabelecidos foram colhidos dos prontuários previamente selecionados.

A partir de um banco de dados Excel criado para incluir as informações retiradas dos prontuários selecionados, foram coletados os seguintes dados: idade, escolaridade, sexo, queixas ou comorbidades referidas na triagem, os medicamentos em uso regular no momento da triagem, os diagnósticos firmados no serviço, o tempo médio de acompanhamento em meses e as drogas em uso atual, após intervenção geriátrica.

A qualidade dos medicamentos prescritos aos idosos foi classificada através dos critérios propostos por Beers, e revisados em 2003 (Beers, 2003). As opções farmacêuticas consideradas inapropriadas ao uso para indivíduos idosos, independentemente de seus diagnósticos, foram:

- antiinflamatórios, como a indometacina ou outros antiinflamatórios não seletivos da COX2 por tempo prolongado;
- relaxantes musculares e antiespasmódicos, como o carisoprodo, ciclobenzaprina e oxibutinina de curta duração;
- benzodiazepínicos de meia-vida prolongada, como o flurazepam e o diazepam;
- benzodiazepínicos de curta duração em doses altas, como doses superiores de 3mg de lorazepam, ou 2mg de alprazolam, ou 60mg de oxazepam;

- antidepressivos com forte efeito anticolinérgico, como a amitriptilina;
- fluoxetina;
- anti-hipertensivos, como a metildopa e a clonidina;
- hipoglicemiantes, como a clorpropramida;
- anticolinérgicos e anti-histamínicos, como a clorfeniramina, hydroxizine e a prometazina;
- meperidina;
- ticlopidina;
- anfetaminas;
- amiodarona;
- tioridazina;
- laxantes, como o bisacodil e a cáscara sagrada.

### RESULTADOS

Dos 53 prontuários da amostra, a idade média dos idosos foi de 76 anos, variando de 63 a 90 anos, 56% com idade entre 70 e 80 anos [gráfico 1]. A taxa de escolaridade colhida dos prontuários demonstrava que 5,6% dos pacientes são analfabetos, 47,1% deles possuem o nível primário, 16,9% o nível ginásial, 20,7% possuem o segundo grau completo e 7,5% com nível superior de escolaridade [gráfico 2]. O sexo feminino foi preponderante na amostra estudada, representando 77,3% dos idosos [gráfico 3].

GRÁFICO 1

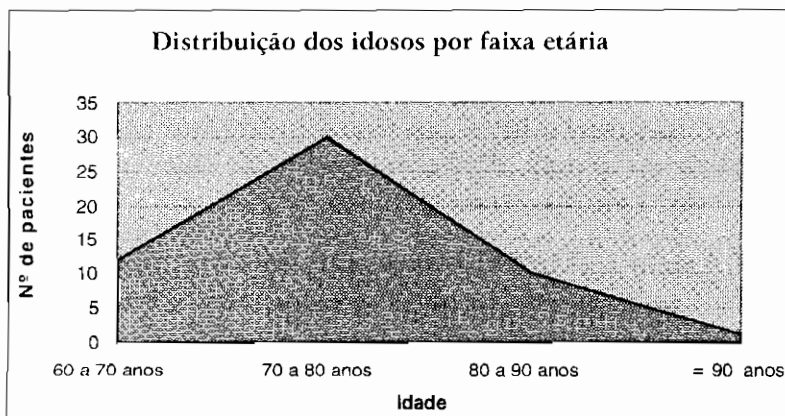




GRÁFICO 2

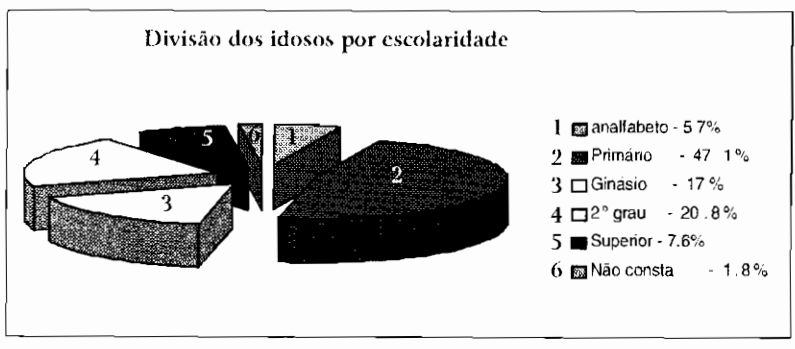
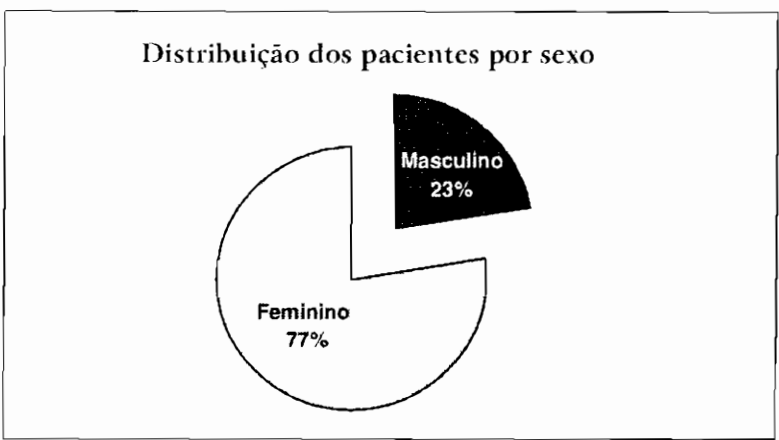


GRÁFICO 3

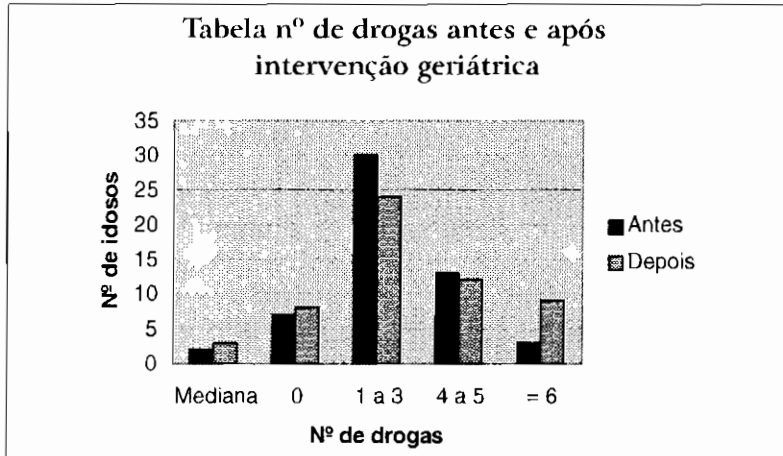


A média de tempo de acompanhamento geriátrico da população estudada foi de 15 meses (6,8 a 22,6 meses).

A principal queixa ou comorbidade referida pelos pacientes no momento da triagem no ambulatório foi deficiência visual (75,4%), seguida por queixa osteoarticular (69,8%), esquecimento (60,3%), hipertensão arterial sistêmica (54,7%), tonteira (52,8%) e catarata (42,3%).

A mediana de drogas em uso regular pelos idosos da amostra no momento da admissão no Núcleo de Atenção ao Idoso foi dois, variando entre zero a sete drogas por paciente. Sete participantes (13%) não tomavam qualquer tipo de medicamento e três (5,6%) usavam seis ou mais drogas regularmente [gráfico 4].

GRÁFICO 4  
COMPARAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE DROGAS EM USO PELOS  
IDOSOS ANTES E APÓS AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

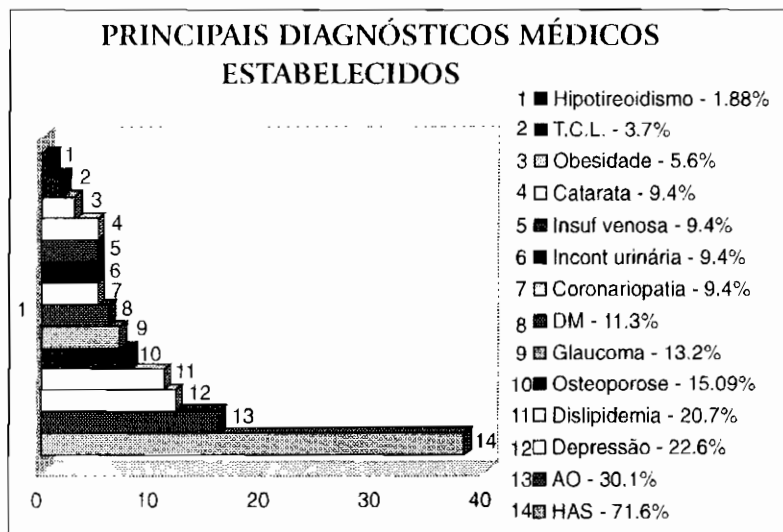


Dos grupos de drogas que os idosos faziam uso regular antes de sua inserção no serviço, conforme dados do prontuário, os anti-hipertensivos eram as drogas mais utilizadas pelos pacientes (54,7%), seguidos pelo ácido acetil-salicílico (16,9%), os benzodiazepínicos (15,1%), os anti-inflamatórios não-esteróides e os vasodilatadores coronarianos (11,3% cada), os hipoglicemiantes (9,4%), e os antidepressivos, em apenas 5,6% dos idosos.

Na classe dos benzodiazepínicos usados anteriormente à intervenção geriátrica, destaca-se que sete dos oito idosos que os utilizavam usavam drogas de meia-vida longa (bromazepam, diazepam ou cloxazolam), ou seja, 87,5% dos pacientes que faziam uso de benzodiazepínicos utilizavam drogas consideradas inapropriadas para os indivíduos com 60 anos ou mais.

Os principais diagnósticos médicos estabelecidos na instituição foram hipertensão arterial sistêmica (71,6%), osteoartrose (30,1%), depressão (22,6%), dislipidemia (20,7%), osteoporose (15,1%), glaucoma (13,2%) e diabetes mellitus tipo II (11,3%) [gráfico 5].

GRÁFICO 5



A mediana de drogas após intervenção por médico geriatra subiu para três, com variação entre zero e dez medicamentos por pessoa, com 15,1% dos participantes sem nenhuma medicação prescrita, e 16,9% com seis ou mais drogas [gráfico 4].

A classe terapêutica prescrita com maior frequência foi dos anti-hipertensivos, em especial os diuréticos, que representaram 32,2% dos anti-hipertensivos utilizados seguido pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), em 29,4% dos casos. Dos 38 hipertensos identificados na amostra, 33 haviam recebido prescrição de anti-hipertensivo (86,8%), com 15 deles usando dois os mais hipotensores. Ou seja, 39,4% dos hipertensos identificados no nosso serviço necessitavam utilizar dois ou mais hipotensores para o controle da pressão arterial.

A prescrição do ácido acetil-salicílico foi identificada em 24,5% dos idosos da pesquisa. O mesmo percentual de pacientes havia recebido prescrição de um antidepressivo, representado em sua maioria (69,2%) por Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), nos quais a fluoxetina era a mais prevalente (66,6% dos ISRS).

Foi notada alta prevalência de prescrição de carbonato de cálcio, quando comparado às medicações em uso anterior à inserção no NAI (de



3,7% para 20,7%), assim como quanto ao uso de alendronato de sódio (de 1,8% para 13,2% dos pacientes).

A prescrição de benzodiazepínicos foi mantida nos oito idosos que no momento da triagem já vinham em uso regular, porém, nesse momento, quatro pacientes (50%) utilizavam o lorazepam e um (1,8%) usava o alprazolam, drogas de meia-vida mais curta, e conseqüentemente mais apropriadas para essa faixa etária da população.

A suspensão de algumas drogas se deu principalmente entre o grupo que utilizava digoxina, amiodarona, vasodilatadores cerebrais e drogas antiarterioscleróticas. Nenhum dos prontuários pesquisados referia uso atual das medicações citadas.

Após intervenção geriátrica os idosos que faziam uso de seis ou mais drogas regularmente eram representados principalmente por mulheres (88,8%), a maioria com nível ginásial de escolaridade (33,3%) e com idade entre 70 e 79 anos (66,6%). A média de diagnósticos estabelecidos era de 4,3, sendo que 88,8% desses indivíduos eram portadores de HAS, 55,5% de depressão, e o mesmo percentual (55,5%) eram diabéticos.

Dentre os idosos que não utilizavam nenhuma especialidade farmacêutica, 75% eram mulheres, a maioria com nível ginásial de escolaridade (50%), e todos com idade entre 70 e 79 anos de idade. Esses pacientes tinham em média 2,5 diagnósticos médicos, sendo que a HAS é o mais prevalente (em 50% desta população). Sessenta e dois por cento desses não utilizavam nenhuma droga mesmo antes da inserção no serviço.

Em relação aos hipertensos da amostra, 39,4% utilizavam 1 a 3 medicamentos por dia, 28,9% usavam 4 a 5 drogas, 21,05% com seis ou mais drogas e 10,5% não usavam nenhum medicamento.

A análise do uso de drogas por diabéticos deste estudo demonstrou que 83,3% dos idosos que haviam sido diagnosticados como portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 utilizavam seis ou mais drogas por dia.

## DISCUSSÃO

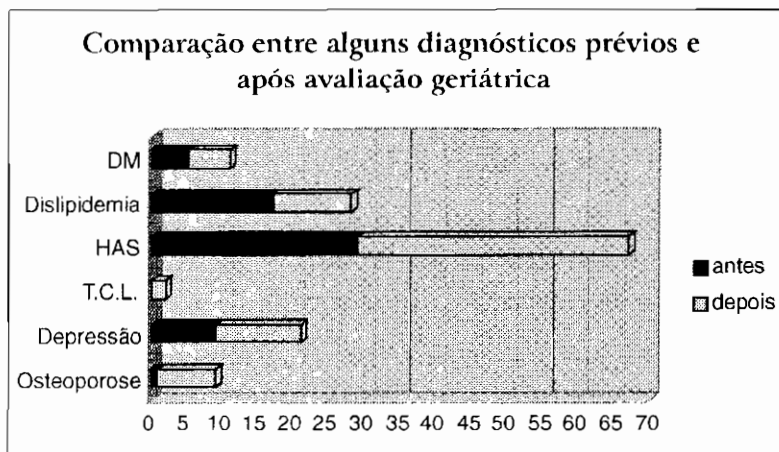
O consumo de medicamentos em uso regular pelos participantes aumentou de uma mediana de dois para três após acompanhamento médio de 15 meses, aproximando-se da descrição de Mosegui (1999), Miralles (1992) e de Pollow (1994). Também aumentou a proporção de idosos em uso de seis ou mais drogas, de 5,66% para 16,98%, valores ainda inferiores aos encontrados na literatura (Mosegui, 1999).

Em relação aos idosos que não faziam uso de nenhuma especialidade farmacêutica (15,1%), os valores encontrados são mais altos do que os encontrados por Mosegui (1999) e Pollow (1994), que os descreveram em 9,1% e 4,5% dos indivíduos estudados, respectivamente.

O número de diagnósticos estabelecidos também aumentou, o que talvez possa justificar o aumento do número de idosos em uso de seis ou mais medicamentos, assim como o aumento da mediana de drogas utilizada por eles.

Quanto às queixas ou comorbidades referidas no momento da triagem, o esquecimento foi pontuado como o terceiro mais freqüente, mas não houve estabelecimento de nenhum caso de demência. Observamos o diagnóstico de Transtorno Cognitivo Leve em 3,7% dos estudados [gráfico 6].

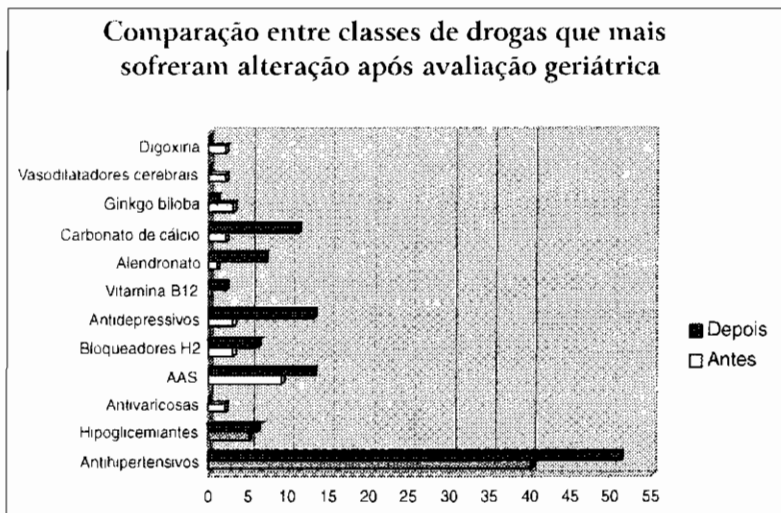
GRÁFICO 6



É importante enfatizar que o NAI é um ambulatório que, em geral, atende a uma população de idosos com capacidade funcional preservada, porém com múltiplas comorbidades, e os diagnósticos de demência estabelecidos neste serviço são transferidos para um ambulatório especializado – por isso não há pacientes demenciados na amostra.

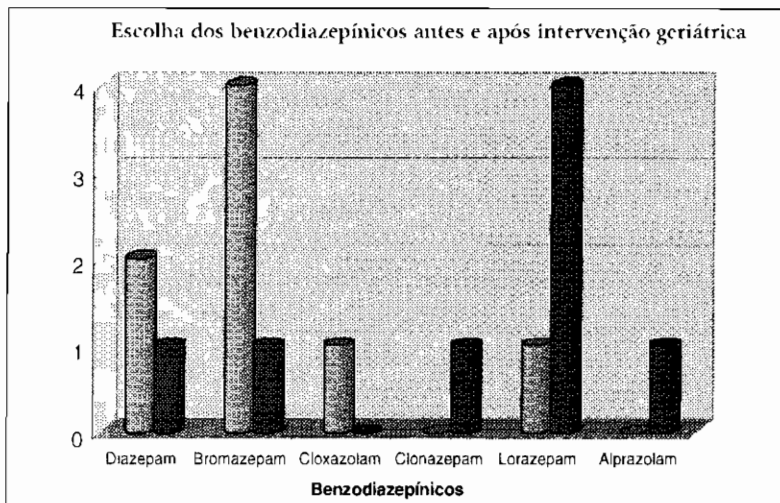
Comparando-se as medicações em uso prévio e posterior à inserção no NAI, pontuamos que os anti-hipertensivos continuam a ser as drogas usadas com maior frequência entre esses idosos, representados primordialmente pelos diuréticos. Os hipoglicemiantes prescritos não foram significativamente alterados [gráfico 7].

GRÁFICO 7



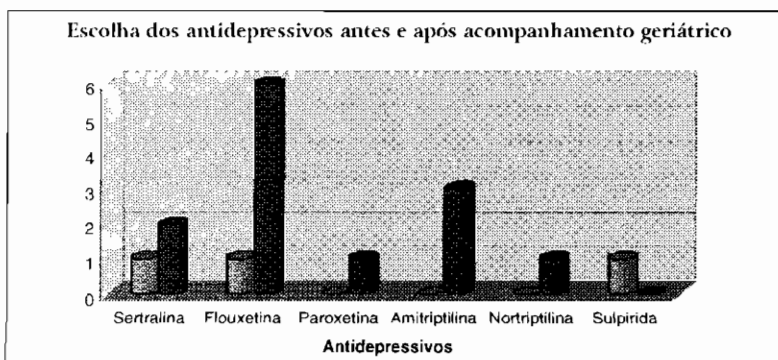
O número total de benzodiazepínicos prescritos não se modificou, porém a avaliação geriátrica optou por drogas de meia-vida mais curta. Antes da intervenção geriátrica, a prevalência do uso de benzodiazepínicos de meia-vida longa era de 13,2% e passou a 5,6%, o que demonstra a preocupação do médico na escolha de drogas com menos efeitos adversos aos idosos [gráfico 8]. Estudos demonstram que a prevalência de uso de benzodiazepínicos com meia-vida alta em idosos da comunidade é de 7,9% (Egan, 2001).

GRÁFICO 8



Grande modificação na prescrição ficou por conta dos antidepressivos, utilizados anteriormente em 5,6% dos idosos e posteriormente em 24,5% deles. Cabe enfatizar que apenas três dos treze idosos (5,6%) que receberam prescrição de um antidepressivo utilizavam drogas com alto efeito anticolinérgico – sabidamente medicações associadas com reações adversas, especialmente nessa faixa etária, como boca seca, alterações visuais, constipação, retenção urinária, hipotensão, taquicardia e distúrbio cognitivo (Eijk, 2001) [gráfico 9].

GRÁFICO 9



Importante enfatizar que, dentre os ISRS selecionados para o uso nos idosos pesquisados, a fluoxetina foi a principal droga prescrita. Esta corresponde a uma das medicações não recomendadas pelos critérios de Beers para uso em idosos, por sua meia-vida prolongada e pela possibilidade de ocasionar excessiva estimulação do Sistema Nervoso Central e distúrbios do sono em indivíduos acima dos 60 anos de idade. A prevalência de depressão na população estudada foi de 22,6%, compatível com dados encontrados na literatura (Baldwin, 2002; Nascimento, 2002).

É necessário enfatizar que o nosso serviço recebe médicos residentes de outras áreas que não participam de todas as atividades ali desenvolvidas e, portanto, não estão totalmente interados das rotinas do ambulatório. Durante a pesquisa dos prontuários observamos que a prescrição da fluoxetina esteve, em parte, associada a esses médicos.

A prevalência de osteoporose na amostra foi de 15,1%; porém, quando se individualiza entre os sexos, observa-se que todos os casos de osteoporose diagnosticados foram no sexo feminino. Assim, a prevalência de osteoporose nas mulheres deste estudo foi de 19,5%, compatível com dados publicados por Rochon (2003), o que demonstrou que a prevalência da osteoporose em mulheres acima dos 65 anos de idade varia de 13% a 18%.

Apesar do compromisso de arrecadar dados dos prontuários incluídos no estudo de forma mais fidedigna possível, os dados quanto ao uso de medicamentos podem estar incompletos, já que as informações foram retiradas das anotações médicas e seria impossível quantificar o quanto eles correspondem à realidade. Mas em quase a totalidade dos prontuários pesquisados havia um espaço à parte com as anotações dos medicamentos em uso regular, o que nos faz supor haver um interrogatório, a cada consulta, sobre as medicações em uso pelos pacientes.

É necessário discutir o número de pacientes inseridos na pesquisa, já que ele se tornou inferior ao que havia sido imaginado no início do estudo, pois o número de pacientes inseridos no Núcleo de Atenção ao Idoso num período de um ano é muito superior ao encontrado no decorrer da pesquisa. O presente estudo utilizou prontuários de pacientes que haviam sido submetidos à triagem no ambulatório entre fevereiro de 2002 e fevereiro de 2003, mas que se mantiveram em acompanhamento por um



período mínimo de seis meses, já que o propósito era avaliar a eficácia da intervenção geriátrica na prescrição desses idosos. Houve muitos prontuários pesquisados, com inserção no serviço no período predeterminado pelo estudo, que não mantiveram o acompanhamento após a triagem.

### CONCLUSÃO

Com exceção à prescrição da Fluoxetina como principal antidepressivo, a intervenção geriátrica mostrou-se eficaz na redução da prescrição de drogas reconhecidamente inapropriadas ao uso por idosos devido a seus efeitos colaterais, sobretudo por alterações fisiológicas que ocorrem no organismo de pessoas com mais de 60 anos, que as predis põem a tais efeitos.

A mediana de medicamentos em uso regular pelos idosos aumentou, assim como aumentou o número de diagnósticos estabelecidos. Apesar disso, o número de medicamentos em uso pelos idosos do ambulatório NAI é ainda inferior ao encontrado por outros autores, enfatizando-se a proporção de pacientes que não usavam nenhuma especialidade farmacêutica regularmente.

Houve o reconhecimento de doenças freqüentes na população idosa, como depressão e osteoporose, que até então não haviam sido diagnosticadas.

### NOTAS

(\*) Médica, Especialista em clínica médica pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal – Hospital Regional de Taguatinga, Residente em geriatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE/UERJ.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDWIN, Robert C. et al. *Guidelines on depression in older people – practising the evidence*. United Kingdom: Martin Dunitz, 2002. 120 p.

BEERS, M.H. et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Arch Intern Med*, n. 163, p. 2716-2724. 2003.

- EGAN, M.Y. et al. High daily doses of benzodiazepines among Quebec seniors: prevalence and correlates. *BMC Geriatrics*, v. 1, n. 4. 2001. Disponível em <[www.biomedcentral.com/1471-2318/1/4](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/1/4)>
- EJJK, M.E.C. et al. Reducing prescribing of highly anticholinergic antidepressants for elderly people: randomised trial of group versus individual academic detailing. *BMJ*, n. 322, p. 1-6, 2001.
- HIGASHI, T. et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med*, n. 140, p.714-720, 2004.
- IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2000*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>> Acesso em 31 mar. 2004.
- LAWLOR, D.A. et al. Association between falls in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study. *BMJ*, n. 327, p.712-715, 2003.
- LIEBER, N. S. R. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1499-1507, 2002.
- MARCOLIN, M.A. Efeitos adversos das interações farmacológicas em Geriatria. In: FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, Paulo. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 613-622.
- MIRALLES, M.A. *Access to care and medication use among the Ambulatory Elderly in Rio de Janeiro, Brazil*. 1992. Dissertation - University of Florida, Flórida.
- MOSEGUI, G. B. G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev. de Saúde Pública*, v. 33, n. 5, p. 437-444, 1999.
- NASCIMENTO, João Sérgio. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E.V. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 618-623.
- PAPAIOANNOU, A. et al. Development and use of a computer program to detect potentially inappropriate prescribing in older adults residing in Canadian long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, v. 2, n. 5, 2002. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/2/5>> .
- POLLOW, R. et al. Drug combinations and potential for risk of adverse drug reaction among community-dwelling elderly. *Nurs Res*, v. 43, p. 144-149, 1994
- ROCHON, Paula A. et al. Medication Use. In: HAZZARD, William R. *Principles of Geriatric Medicine & Gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2003. p. 219-230.

ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.717-724, 2003.

RUMI, Demetrio. Princípios da Psicofarmacologia geriátrica. In: FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, Paulo. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 603-611.

SAYD, J. D. et al. Automedicação na população idosa no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI-UERJ. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, fev. 2000.

SELLORS J. et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ*, v. 169, n. 1, p.17-22, 2003.

*ABSTRACT*

The work has for objectives to assess the quality and the amount of drugs used by old aged people (over 60 years) in a geriatric service. Elders who began clinical evaluation at NAI from February/2002 through February/2003, and who remained under treatment for at least six months were selected. Fifty-three patients' records containing information on current and previous use of drugs, age, gender, years at school, initial complaints, and diagnoses done at our service were browsed. Average age was 76 years old. The main diagnoses done in our service were hypertension (71.6%), osteoarthritis (30.1%), depression (22.6%), hypercholesterolemia (20.7%), and osteoporosis (15%). The median of drugs used continuously by aged people ranged from 2.0 to 3.0 after the geriatric intervention, with 45.2% of the population using 1 to 3 drugs per day. Most drugs used were antihypertensive, aspirin, calcium, alendronate and fluoxetine. Conclusion: Geriatric intervention increased both the median of drugs used by old-aged people and the number of diagnosis. Many non-indicated drugs, the high half-life ones, and others that can cause adverse effects were suspended. Many diseases frequent in elderly people, such as osteoporosis and depression were recognized.

**KEYWORDS:** aged; drug utilization review; adverse effect; continuity of patient care; Rio de Janeiro.

Recebido para publicação em 21/06/2004

Aprovado em: 21/09/2004

Correspondência para

E-mail: flavialirio@hotmail.com



*Saúde do idoso – a arte de cuidar*  
*The Elderly Health - The art of Caring*

Sérgio Baptista Dantas\*

*Saúde do Idoso – A Arte de Cuidar. Assuero Luiz Saldanha e Célia Pereira Caldas (organizadores). 2. ed. Rio de Janeiro, Editora Interciência, 2004. 399 pp. ISBN 85-7193-114-3*

Foi como um desafio que aceitei resenhar o livro *Saúde do Idoso – A Arte de Cuidar*. Afinal, um livro escrito por tantos profissionais competentes e reconhecidos no campo gerontológico e geriátrico, por si só se apresentava. Dessa forma, como apresentar uma síntese das idéias fundamentais e proceder a uma análise crítica e informativa dessa obra?

Acabamos de sair de um século que nos deixou como legado uma inadequação cada vez maior, profunda e grave entre os nossos conhecimentos disjuntos, partidos e compartimentados entre disciplinas e intradisciplinas. Por outro lado, exponenciando tal legado, a realidade tem nos oferecido problemas cada vez mais complexos e multidisciplinares. Um desses problemas é a questão do envelhecimento no Brasil.

Essa situação impõe uma mudança fundamental de visão de mundo que está ocorrendo na ciência e na sociedade, ou seja, o desenvolvimento de uma nova visão da realidade que considere as múltiplas consequências sociais dessa transformação cultural.

Esse complexo problema é tratado com clareza e profundidade nesta obra que amplia a discussão a respeito do “cuidado”, expondo os aspectos dos cuidados preventivos e dos cuidados específicos às doenças mais comuns, abordadas em unidades próprias.

Os coordenadores, um geriatra, com grande bagagem de conhecimento sobre o assunto e larga experiência executiva na área e saúde, e

uma gerontóloga, com profundos conhecimentos estribados em pesquisas na área de saúde coletiva e envelhecimento, proporcionaram a grande relevância e oportunidade dessa segunda edição, assegurando a visão interdisciplinar da questão do cuidado à saúde do idoso.

Leonardo Boff (1999)<sup>1</sup> nos ensina que tudo passa pelo outro e que a exclusão do outro está na base do terror moderno. A relação com o outro suscita a responsabilidade, ou seja, nos leva a dar uma resposta ao outro. É o outro que faz emergir a ética em nós, na medida em que e nos obriga a uma atitude, ou de acolhida ou de rejeição. É no bojo dessa nova realidade que se impõe a contemporaneidade e relevância dessa obra. O livro é uma coalizão de valores que se funda no reconhecimento da realidade do idoso e sua situação no contexto da sociedade contemporânea.

*Saúde do Idoso – A Arte de Cuidar* é um livro, um tecido cujos fios de diversas cores se entrelaçam e se fortalecem mutuamente dando um sentido global e oferecendo-nos uma rara oportunidade de conhecer melhor a pessoa idosa e suas idiossincrasias. Em apenas uma obra, com vários textos, autores diversos com olhares diversos foram cuidadosamente reunidos num verdadeiro exercício de complexidade.

Nesse contexto o livro é também um farol, um ponto de referência que ajuda o cidadão e as autoridades formuladoras de políticas sociais a compreender melhor o envelhecimento humano, reconhecer o tipo e a magnitude da resposta pública que tem sido dada ao problema e o que efetivamente deveria ser feito pelo idoso.

As unidades temáticas sucedem-se e iluminam, cada uma, as várias dimensões da complexidade do idoso e do envelhecimento. Nesse aspecto o livro é um todo onde o encadeamento lógico garante um perpassar das várias unidades temáticas em direção a um todo.

Logo na unidade I, vemos uma ampliação em relação à 1ª edição. As implicações sociais e políticas da inserção do idoso na sociedade são profundamente analisadas. A velhice é apresentada ao mesmo tempo como uma conquista da humanidade e um desafio para preservá-la. Essa unidade amplia os tópicos versando sobre aspectos políticos e sociais no processo de envelhecimento, com abordagem dos avanços e conquistas con-

seguidos; as ações políticas desenvolvidas e o surgimento da nova imagem social de velhice no Brasil.

A unidade II apresenta o cuidar em toda a sua plenitude. Cuidar como? O que é cuidar? Discute-se aqui a amplitude do termo cuidar. Revela-se então a necessidade do cuidar pleno, integral e holístico que possa alcançar as dimensões subjetivas do idoso. O cuidado como um processo, o cuidador familiar e o idoso são analisados em um contexto onde as necessidades e realidades variam conforme a pessoa, o momento e o ambiente.

A unidade III, no bojo da velhice como uma conquista da humanidade, discute os cuidados necessários à manutenção da saúde do idoso. Aos cuidados preventivos primários, secundários e terciários somam-se as necessidades de imunização, a atividade física e postura corporal, alimentação, saúde oral e ambiente. O vínculo dessa unidade com a unidade IV é perfeito. Nesta é realçada a avaliação do idoso e a manutenção da sua capacidade funcional.

Os fatores de risco em envelhecimento são discutidos na unidade V. Lançando luzes sobre a discussão da efetividade das ações de saúde, esta unidade enfoca as peculiaridades distintas do idoso frente as peculiaridades das demais faixas etárias. Termos como fragilidade, dependência, imobilidade, incapacidade cognitiva, instabilidade e outros são apresentados e discutidos.

A unidade VI é eminentemente técnica. Aqui são discutidos as doenças mais comuns dos idosos e os cuidados específicos necessários. Finalmente, na unidade VII, o contexto "cuidado" foi ampliado pela consideração do aspecto espiritual, juntamente com o aspecto psicológico, como facilitador no cuidado ao idoso.

Em essência, eis o projeto do livro: iluminar a questão contemporânea do idoso na sociedade sobre seus vários matizes e possibilitar uma tomada de consciência sobre tão relevante situação, que pode se apresentar, no futuro, como um grande problema ou como uma grande oportunidade de implementarmos no presente, os esforços de uma coalizão de valores fundados no reconhecimento e na acolhida incondicional do idoso

**NOTA**

- \* Economista da UERJ, Contador, Especialista em Administração Hospitalar, Mestre em Administração, Doutor em Saúde Pública.
- <sup>1</sup> Boff, Leonardo. Saber Cuidar; ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

Recebido para publicação em 28/06/2004

Aprovado em: 30/07/2004

Correspondência para:

E-mail: sb.dantas@globocom

GOLDFARB, Delia Catullo de. **Do tempo da memória ao esquecimento da história:** um estudo psicanalítico das demências. 2004. 224 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Orientador: Ana Maria Loffredo.

O objetivo deste trabalho é abordar as demências do ponto de vista psicanalítico. A articulação dos conceitos de tempo, história, memória, projeto identificador, desamparo e constituição histórica do eu fornece o suporte teórico necessário para fundamentar uma hipótese psicogênica para os estados demenciais, com a finalidade de ampliar a compreensão desta patologia, contribuindo para uma interlocução fundamental no campo da interdisciplinaridade. Destaca-se que, com a proximidade da morte e o encurtamento do horizonte de futuro, aumenta para os idosos, a dificuldade de realizar o trabalho de luto, especialmente o luto pela própria vida que está findando e deve ser feito por antecipação. Nesse contexto, a especificidade da demência, situação na qual o eu historicamente constituído se dissolve, não estaria dada unicamente por um déficit orgânico que afeta a memória como função neurológica, mas também, por um transtorno de identidade que tem efeito sobre a memória como função historizadora. O fracasso no processo de elaboração da finitude, o desinvestimento dos vínculos, e a fragilidade ante as vicissitudes do processo de envelhecimento, podem provocar estados depressivos, dos quais é possível fugir por meio de um esquecimento radical e violento. Finalmente, são apresentadas diferentes experiências terapêuticas que contribuem para o debate sobre a questão da inclusão das demências no campo da psicopatologia psicanalítica.



PRADO, Shirley Donizete. **Envelhecimento, ciência e saber**: a pesquisa sobre envelhecimento no Brasil. 2004. 118 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004. Orientadora: Jane Dutra Sayd

Discutimos a pesquisa científica sobre envelhecimento humano no Brasil através de quatro artigos. Nos dois primeiros, desenvolvidos a partir do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil (2000), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); identificamos 144 grupos, 209 linhas de pesquisa e 511 pesquisadores. Abordamos as áreas de conhecimento em que se inserem esses grupos; o período de seu surgimento; sua distribuição geográfica e institucional; temas investigados e tendências da pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil. Os resultados sugerem uma reduzida capacidade de reprodução dessa força de trabalho, menor ainda entre os grupos que se voltam exclusivamente para o estudo do envelhecimento humano. Indicam também que o percurso em direção à consolidação científica da pesquisa para esses grupos específicos há de ser bem longo. No terceiro artigo, discutimos a Gerontologia em suas pretensões de se constituir como a ciência do envelhecimento a partir de Stengers. Concluímos que, em que pese os crescentes interesses pela velhice, há limitações importantes tanto no plano conceitual, como da formulação de um projeto político nesse empreendimento. No último artigo, procedemos a algumas reflexões acerca de uma possível inserção da Gerontologia na Tabela das Áreas do Conhecimento do CNPq, que vem sendo questionada pela comunidade científica, sobretudo no que se refere à inclusão de áreas multidisciplinares. A partir de Foucault, entendemos a Árvore do Conhecimento como uma taxonomia, onde as áreas são colocadas mais próximas ou afastadas conforme semelhanças e diferenças, num tratamento linear e finito, concluindo que é possível conceber uma nova Tabela de Campos de Conhecimentos e de Saberes e proceder a visualizações dos estudos sobre o envelhecimento em sua multidisciplinaridade. Abordamos também a Gerontologia em suas relações com as “Ciências Humanas” a partir do pensamento de Foucault, considerando que ela se relaciona com a pesquisa científica e inclui os saberes sobre este ser único que pensa sobre si mesmo e sobre suas próprias representações. Quanto a ter por objeto o envelhecimento, entendemos que se trata de um projeto absolutamente ambicioso, que prati-

camente coincide com as Ciências Humanas e da Vida quando tematizam a juventude e o envelhecer, ainda muito distante do que se pratica e se estuda nos dias atuais. Hoje, parece-nos, a Gerontologia se encontra voltada para a velhice e o envelhecimento corresponde apenas a uma pequena parcela de suas iniciativas – o que nos leva a afirmar a Gerontologia, hoje, corresponde a um conjunto de saberes voltados para esse ainda nebuloso domínio que é a velhice.

AFONSO, Luis Eduardo. **Um estudo dos aspectos distributivos da previdência social no Brasil**. 2003. 124 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Orientador: Reynaldo Fernandes.

Este trabalho tem como objetivo estudar os aspectos distributivos da previdência social no Brasil. Com base na legislação previdenciária e utilizando-se como fonte de dados a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), são computadas as contribuições efetuadas e os benefícios recebidos por cada pessoa da amostra, no período 1976-1999. A partir destes cálculos são estimados os fluxos esperados de contribuições e benefícios por toda a vida de grupos de indivíduos representativos. Estes grupos são formados de acordo com as características comuns dos indivíduos. A partir destes fluxos são calculadas, para cada um dos grupos, as taxas internas de retorno intrínsecas ao sistema previdenciário. Os resultados mostram que os grupos com menor nível de educação têm taxas de retorno superiores àquelas obtidas pelos demais grupos. As taxas também são diferenciadas conforme as regiões do país. Nota-se que as taxas de retorno de todos os grupos têm crescido ao longo dos anos. Estes resultados evidenciam a existência de características distributivas na previdência social brasileira.



LEONART, Edilomar. **A formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural.** 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Orientador Maria Manuela Rino Mendes.

A enfermagem brasileira, em sua ampla dimensão teórico-prática, tem procurado discutir as questões do contexto sócio-político que interferem nos setores da saúde e educação, tanto no nível superior como no nível técnico. Um dos desafios impostos pela atualidade é o envelhecimento populacional, que ocorre de forma acelerada e exige redefinições de papéis e ações para atender a população idosa. O presente estudo teve como objetivo analisar a formação gerontológica do Técnico em Enfermagem. A escolha da abordagem metodológica deste estudo foi feita pela metodologia qualitativa, fundamentada nos pressupostos teóricos do construtivismo, geriatria e gerontologia e interpretação cultural. Dentre os vários caminhos para apreensão do objeto de estudo optou-se pelo Estudo de Caso, tendo como cenário um curso técnico em enfermagem de uma instituição de educação profissional. Os resultados obtidos permitem verificar que existe deficiência na formação de profissionais técnicos em enfermagem competentes e habilitados ao cuidado da população idosa. Também ressalta-se que o próprio ser humano deve compreender a utilização de símbolos e significados das experiências vividas como um marco referencial para a promoção de iniciativas transformadoras condizentes com a realidade social.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira. **Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio**. 2004. 75 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 2004. Orientador: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

O presente estudo teve como objetivo verificar a ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio, levantando fatores possivelmente relacionados, os agressores e lesões causadas, segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID - 10). A amostra constou de 87 idosos, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, residentes no município de Ribeirão Preto-SP, que realizaram Boletim de Ocorrência nas Delegacias de Polícia e que foram submetidos a exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal, no ano de 2002. Foram consultados laudos de exames de corpo de delito e usado um instrumento para coletar informações, e a análise utilizada foi a estatística descritiva. Os maus-tratos no domicílio ocorreram com maior frequência entre idosos do sexo masculino (58,6 %), com idade média de 75 anos. Da amostra analisada, (45,2 %) eram casados e foram agredidos por familiares como filhos, netos, genros e noras (47,1%). A maioria (57,4 %) dos idosos não recorreu ao atendimento médico e serviços de saúde. Do total, apenas (9,2 %) foram encaminhados para o hospital. No que se refere aos tipos de lesões sofridas, (33,5 %) apresentaram traumatismo superficial não especificado de ombro e braço e (33,3 %) mais de um tipo de lesão, como traumatismos superficiais múltiplos no corpo. Os maus-tratos em idosos estão se tornando cada vez mais evidentes na sociedade, adquirindo dimensão social e de saúde pública. Urge conhecer essa realidade por meio de avaliação de registros detalhados das condições das vítimas e de pesquisas sistematizadas, a fim de se prevenir situações abusivas no âmbito familiar, bem como estabelecer políticas públicas para propiciar aos idosos estrutura de apoio à família, autonomia e independência.



COUTO, Ana Lúcia Azeredo. **Reconstruções do dizer**: um estudo psicossocial da velhice através da análise de discursos de geriatras. 2003. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Orientador: Maria Lúcia Rocha Coutinho

A velhice, enquanto construção simbólica, é investida de diferentes significados que dependem do contexto em que se dá a prática discursiva. Esses significados habitam o imaginário social e influenciam o processo de subjetivação no envelhecimento. A fim de melhor compreendermos o processo psicossocial do envelhecer na atualidade, e concebendo os médicos geriatras como agentes autorizados de saber e intervenção sobre o envelhecimento, realizamos entrevistas semidirigidas com 5 geriatras que atuam no Rio de Janeiro. A análise dos discursos resultantes das entrevistas aponta para o fato de que, ao lado de uma concepção tradicional, que associa velhice à doença, e de uma definição convencional, que encerra a velhice em limites cronológicos, uma nova perspectiva desponta, trazendo a concepção de velhice como uma fase normal da vida, em que a intervenção médica deve voltar-se para a promoção da saúde do idoso. Observamos, ainda, uma série de divergências, contradições, evasões e redundâncias nas respostas de nossos entrevistados. Essas divergências e lacunas podem estar assinalando um processo de revisão de conceitos, em que bases, antes sólidas, se diluem, possibilitando a abertura para novos enfoques. Parece, portanto, que o discurso da Geriatria, como o discurso social em geral, está passando por um momento de transição e, assim, enquanto uma nova base ainda está por ser construída, o discurso geriátrico segue por caminhos sinuosos, ensaiando significados e relativizando perspectivas.

HAYAR, Maria Angelica Schlickmann Pereira. **Das trajetórias e dos ritos na singular experiência de esposas-cuidadoras**. 2003. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003. Orientador: Ursula Margarida Simon Karsch.

Este trabalho teve origem na investigação Envelhecimento com dependência II - trabalho, família e cuidadores, cujo foco principal e aprofundar o conhecimento acerca do perfil do cuidador familiar de idosos com dependência por acidente vascular cerebral. Foram analisados quatro casais, nos quais a esposa era a cuidadora do marido idoso e dependente, configurando-se como objeto de estudo a história da relação dessas mulheres com seus maridos, ao longo do curso de suas vidas, segundo a ótica dessas mulheres.



GOMES, Gisele de Cássia. **Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida da escala “performance-oriented mobility assessment” (POMA) para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados.** 2003. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Orientador: Maria Jose D’elboux Diogo.

O objetivo do presente estudo foi realizar a tradução, adaptação transcultural e examinar as propriedades de medida de uma escala funcional amplamente conhecida e utilizada em trabalhos científicos: a “Performance-oriented mobility assessment”, criada por TINETTI em 1986, para utilização na população idosa brasileira. Inicialmente foi utilizada a metodologia de GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON (1993), para tradução e adaptação do instrumento. Numa segunda fase, o instrumento adaptado, denominado POMA-Brasil, foi aplicado em 32 idosos institucionalizados e investigadas a fidedignidade intra e entre-examinadores, como também a avaliação das propriedades de medidas, de discriminação dos itens e validade interna do instrumento, através do modelo estatístico Rasch. Conclui-se que, o instrumento avaliado apresentou boa fidedignidade intra e entreexaminadores e ainda, pela análise de Rasch, o instrumento se encaixou bem dentro da expectativa do modelo estatístico, indicando que os itens da escala combinam para medir um conceito unidimensional. Entretanto, análise da distribuição dos itens, por nível de dificuldade, evidencia limitações na escala, pois alguns itens se mostraram muito fáceis para os idosos avaliados. Como resultado, o índice de separação de itens foi de 2.79, indicando que o teste não chega a dividir os indivíduos em três níveis de habilidade. O POMA-Brasil demonstrou ser um instrumento fidedigno para avaliar a marcha e equilíbrio em idosos institucionalizados, mas há restrições quanto à validade e utilidade clínica do instrumento. O teste tem potencial, sendo recomendada a continuidade do processo da validação da escala, mas é importante que estudos futuros incluam idosos mais fragilizados.





*UnATI*  
UERJ

