

Luiz Fernando Rangel Tura
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Robson Antão de Medeiros
(Organizadores)

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

1ª edição

Editora do CCTA - UFPB
João Pessoa
2023

**Os textos aqui apresentados
são de responsabilidade dos autores.**

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

CONSELHO CIENTÍFICO E EDITORIAL

Adriana Dutra Tholl - UFSC/Brasil
Antônia Lêda Oliveira Silva - UFPB/Brasil
Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge - UFPB/Br
Célia Soares - IPS/Pt
Diana Maul de Carvalho - UFRJ/Br
Francisco Javier Perez Rivas - UCM/Espanha
Jorge Correia Jesuino - UL/Portugal
José Luiz Telles - FioCruz/Brasil
Luiz Fernando Rangel Tura - UFRJ/Brasil
Manuel José Lopes - UÉ/Portugal
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira - UFPB/Brasil
Maria do Céu Mendes Pinto Marques - UÉ/Portugal
Maria Filomena M. Gaspar - ESEL/Portugal
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi - UFPB/Brasil
Margot Campos Madeira - UFPB/Br
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves - UFRN/Brasil
Robson Antão de Medeiros - UFPB/Brasil
Susanne Pinheiro Costa e Silva - UFPB/Br

AUTORES

Alberta Contarello - UNIPD/It	Margarida Sampaio - UÉ/Pt
Ana Escoval - UNL/Pt	Margot Campos Madeira - UFPB/Br
Ana Pereira - UTAD/Pt	Maria Adelaide Silva Paredes Moreira - UFPB/Br
Angélica Gurgel Bello Butrus - LASES-UFPB/Br	Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann - MS/Br
Antonia Lêda Oliveira Silva - UFPB/Br	Maria das Graças Duarte Miguel - IPE-UFPB/Br
Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge - UFPB/Br	Maria do Céu Marques - UÉ/Pt
Célia João - UÉ/Pt	Maria do Socorro Costa Feitosa Alves - UFRN/Br
Célia Soares - IPS/Pt	Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi - UFPB/Br
Diana Maul de Carvalho - UFRJ/Br	Maria Joycielle de Lima Maciel - UFPB/Br
Diego Romaioli- UNIPD/It	Mirella Maria Costa e Silva - UFPB/Br
Felismina Mendes - UÉ/Pt	Olívia Galvão Lucena Ferreira - LASES-UFPB/Br
Joana Alegria Pereira - UÉ/Pt	Paulo Cordeiro Fontes - IPE-UFPB/Br
Jorge Soares - UTAD/Pt	Robson Antão de Medeiros - UFPB/Br
José Luis Díaz Agea - EU/Pt	Rodrigo Silva P. Moreira - LASES-UFPB/Br
José Luiz Telles - FioCruz/Br	Rui Bessa - UTAD/Pt
Karoline de Lima Alves - IPE-UFPB/Br	Sérgio Augusto Silva P. Moreira - LASES-UFPB/Br
Luís Leitão - UTM/Pt	Silvânia Laurentino Grangeiro - UFPB/Br
Luiz Fernando Rangel Tura - UFRJ/Br	Susanne Pinheiro Costa e Silva - UFPB/Br

Luiz Fernando Rangel Tura
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Robson Antão de Medeiros
(Organizadores)

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

Editora do CCTA
João Pessoa
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
REITOR: VALDINEY VELOSO GOUVEIA
VICE-REITORA: LIANA FLIGUEIRA CAVALCANTE



CENTRO DE COMUNICAÇÃO TURISMO E ARTES
DIRETOR: ULISSES CARVALHO SILVA
VICE-DIRETORA: FABIANA CARDOSO SIQUEIRA



EDITOR

Dr Ulisses Carvalho Silva

CONSELHO EDITORIAL DESTA PUBLICAÇÃO

Dr Ulisses Carvalho Silva

Carlos José Cartaxo

Magno Alexon Bezerra Seabra

José Francisco de Melo Neto

José David Campos Fernandes

Marcílio Fagner Onofre

SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL

Paulo Vieira

LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO

COORDENADOR

Pedro Nunes Filho

Ficha catalográfica elaborada na Biblioteca Setorial do CCTA da Universidade Federal da Paraíba

E61 Envelhecimento e saúde / Organização: Luiz Fernando Rangel Tura, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, Robson Antão de Medeiros . - João Pessoa: Editora do CCTA, 2023.
286 p. : il.

ISBN: 978-65-5621-305-7

ISBN: 978-65-5621-309-5 (e-book)

DOI: 10.5281/zenodo.7392281

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento. 3. Idoso – Saúde – Política nacional. I. Tura, Luiz Fernando Rangel. II. Moreira, Maria Adelaide Silva Paredes. III. Medeiros, Robson Antão de.

UFPB/BS-CCTA

CDU: 616-053.9

Sumário

APRESENTAÇÃO	9
PREFÁCIO..... Ana Escoval	11
CAPÍTULO 1 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO NO ÂMBITO DA SAÚDE E DA CIDADANIA	21
Robson Antão de Medeiros; Rodrigo Silva P. Moreira; Paulo Cordeiro Fontes; Angélica Gurgel Bello Butrus	
CAPÍTULO 2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: avanços e desafios da experiência brasileira.	39
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann	
CAPÍTULO 3 INVECCHIARE BENE TRA ATTIVITÀ E DISPONIBILITÀ	51
Alberta Contarello; Diego Romaioli	
CAPÍTULO 4 AGEING AND PHYSICAL ACTIVITY: A LITERATURE REVIEW	65
Ana Pereira; Rui Bessa; Célia Soares; Luís Leitão; Jorge Soares	
CAPÍTULO 5 CONDIÇÕES DE SAÚDE E ATIVIDADES FÍSICAS DE PESSOAS IDOSAS	91
Sérgio Augusto S. Paredes Moreira; Luiz Fernando Rangel Tura	
CAPÍTULO 6 QUEDAS EM IDOSOS E FATORES DE RISCO	109
Maria das Graças Duarte Miguel; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira; Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi; Karoline de Lima Alves	
CAPÍTULO 7 TRÂNSITO E VELHICE: aspectos da violência cotidiana.....	141
José Luiz Telles	

CAPÍTULO 8	
VIOLÊNCIA SOBRE AS PESSOAS IDOSAS: OS AGRESSORES.....	159
Felismina Mendes; Margarida Sampaio; Célia João; Joana Alegria Pereira	
CAPÍTULO 9	
EL APRENDIZAJE EN ENTORNOS CLÍNICOS SIMULADOS.....	183
José Luis Díaz Agea; Maria do Céu Marques	
CAPÍTULO 10	
FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO	207
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves; Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge	
CAPÍTULO 11	
ENVELHECIMENTO ATIVO E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA POR IDOSOS: representações sociais.....	227
Olívia Galvão Lucena Ferreira; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira; Antonia Lêda Oliveira Silva	
CAPÍTULO 12	
OS SENTIDOS DA AIDS EM DIFERENTES CONTEXTOS E TEMPORALIDADES.....	247
Luiz Fernando Rangel Tura; Diana Maul de Carvalho; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira; Margot Campos Madeira	
CAPÍTULO 13	
SEGUINDO A VIDA, APESAR DA VELHICE PROBLEMÁTICA: um estudo de representações sociais com idosos comunitários.....	273
Susanne Pinheiro Costa e Silva; Silvânia Laurentino Grangeiro; Maria Joycielle de Lima Maciel; Mirella Maria Costa e Silva	

APRESENTAÇÃO

A presente coletânea é resultado do intercâmbio acadêmico entre pesquisadores brasileiros e europeus, de diversos campos do conhecimento científico, em torno de estudos em saúde e envelhecimento.

O conjunto de pesquisas apresentado é fruto desta cooperação e abordam diferentes contextos socioculturais e institucionais, observados na prática profissional da saúde orientada para o envelhecimento. Apresenta, assim, o que é retratado por um rol de pesquisadores de vários estados brasileiros, além de investigadores da Espanha, Itália e Portugal.

Os autores deste volume, oriundos de diferentes instituições de saúde e universidades, estão ligados a pesquisas que interrelacionam envelhecimento e saúde e demonstram a abrangência e complexidade deste problema, que envolve uma pluralidade de enfoques.

Esperamos que este livro sobre **Envelhecimento e Saúde** possa se tornar mais um instrumento facilitador da nossa tarefa de formação de pesquisadores e estudiosos.

Queremos afirmar também que reconhecemos a importância da cooperação técnico-científica com instituições nacionais e estrangeiras em uma perspectiva multidisciplinar e do trabalho interprofissional. Enfim, agradecemos a colaboração de todos os participantes desta obra coletiva e desejamos que os leitores possam agregar elementos para a construção futura de novos estudos e pesquisas.

Luiz Fernando Rangel Tura
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Robson Antão de Medeiros

PREFÁCIO

Ana Escoval

Os principais objetivos do presente livro – uma coletânea de artigos – são a busca de respostas centradas em diferentes dimensões do Envelhecimento, Saúde, seus aspetos principais e expectativas para o futuro.

As reflexões fundamentais explanadas nesta obra orientam-nos para uma leitura aprazível, com elementos que chamam a nossa atenção sobre os fenómenos do envelhecimento humano que tem despertado um interesse crescente, quanto à melhor compreensão das situações da senioridade e os processos de adaptação empreendidos pela sociedade, para manter os cidadãos saudáveis por mais tempo e com acesso adequado aos cuidados de saúde e sociais.

A Saúde é um setor altamente dinâmico e inovador, desde logo, pelo processo de formação profissional, pela intensa produção de investigação e pela profusa comunicação científica, através de publicações e até fóruns de discussão, dedicados à saúde geronte e à participação efetiva dos stakeholders, inclusive, da Sociedade Civil.

Esta publicação sistematizada e atual suscita a nossa atenção porque, em primeiro lugar, promoveu e reuniu o intercâmbio académico entre investigadores brasileiros e europeus, centrado em estudos em saúde e sociais, nos diferentes campos do conhecimento científico voltados para a sinalização dos grandes temas, porventura os eixos estruturantes da longevidade e da saúde.

As conclusões destes 13 estudos, reunidos agora nesta publicação, constituem uma relevante ferramenta de reflexão, ao identificar os desafios e oportunidades no envelhecimento ativo e saudável – nas questões do financiamento, da organização e gestão com enfoque na gestão dos recursos humanos, sem ignorar o acesso e integração de cuidados designadamente nesta era digital.

Sem prejuízo da leitura integral desta publicação, que recomendo, aproveito a oportunidade de o prefaciá-la para comentar, sucintamente, cada um dos principais tópicos apresentados à discussão, assumindo a importância relevada pelos autores quanto às emoções e sentimentos das pessoas séniores, por ser tão significativa, descritiva e compreensiva, na relação de ajuda que caracteriza os profissionais de enfermagem, na sua atividade clínica, docente e de investigação científica.

1. Política Nacional do Idoso no âmbito da Saúde e da Cidadania

Este documento apresenta-nos algumas reflexões acerca de temas importantes do quotidiano no âmbito da saúde e académico, bem como ao exercício da cidadania sensível ao envelhecimento.

A pesquisa centra a sua discussão sobretudo na Política Nacional do Idoso no Brasil, cuja legislação veio criar normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania, reafirmando a saúde como direito nos diversos níveis de atendimento do SUS e direcionando medidas de saúde individual e comunitária, que os autores consideram alicerçadas na evidência disponível científica e normativa da OMS.

No entender dos pesquisadores, envelhecer de maneira saudável compreende, fundamentalmente, observar o atendimento das necessidades que vão além da manutenção de um bom estado de saúde física,

pois as pessoas precisam de reconhecimento, respeito, segurança e de sentirem que contam na participação efetiva na sua comunidade, podendo expor as suas opiniões, experiências e interesses.

2. Atenção integral à Saúde da Pessoa Idosa: avanços e desafios da experiência brasileira

Neste capítulo, a autora quis realçar os importantes marcos e diretrizes normativas no Brasil, nomeadamente a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, que estabelecem compromissos nacionais para um envelhecimento ativo, conjugadamente com as orientações para a longevidade, publicadas pela OMS em 2002, assente em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo é o aumento da expectativa de vida, associada a melhoria da qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Conclui, no entanto, que apesar dos avanços já alcançados, muitos ainda são os desafios para a ampliação e qualificação do cuidado oferecido às pessoas idosas, destacando a importância de espaços que possibilitem a troca de experiências entre iniciativas nacionais e internacionais, como por exemplo o Fórum Internacional da Violência e Maus-Tratos e o Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais.

3. *Invecchiare bene tra attività e disponibilità*

Reconhecem estes autores que a ideia de envelhecimento foi se moldando numa narrativa de declínio, levando o imaginário comum a antecipações pessimistas em relação ao futuro e invocando conflitos intergeracionais. Em Itália, tal como em outros países, nomeadamente no Brasil, a longevidade e a possibilidade de envelhecer com boa saúde têm aumentado, mas, permanece uma visão negativa do envelhecimento. É uma representação

social hegemónica ou, mais propriamente, paradoxal, que limita os indivíduos na sua capacidade de adaptação e de desenvolvimento das suas potencialidades.

As reflexões que nos propõem ajudam à percepção do conhecimento local, no centro-norte italiano, na segunda década do ano 2000, por essa especificidade constituir um ponto forte do referencial teórico que adotaram, segundo o qual os contextos são geradores de realidades definidas local e temporalmente. Não querem generalizar os dados da pesquisa, mas avaliam que os discursos e representações interce-tados podem ser inteligíveis mesmo em outros contextos que não o italiano, como o brasileiro, suscitando reflexões críticas e novas âncoras significativas.

4. Ageing and physical activity: a literature review

Dado o aumento da população idosa e a crescente preocupação com o fenómeno e com as suas consequências sociais, e que o aumento da esperança média de vida, pode não refletir melhorias na qualidade de vida dos idosos e pode estar associado a um aumento da doença e da dependência, os autores procuram através da revisão de literatura relatar o conceito de envelhecimento, envelhecimento demográfico, envelhecimento biológico e psicológico, o conceito de fragilidade e como este influencia o declínio neuromuscular e cognitivo, a aptidão física total e as consequências da institucionalização.

Abordam ainda algumas barreiras ao desempenho da atividade física e como elas podem restringir os benefícios da atividade física regular, dado o envelhecimento ser um processo contínuo marcado pela diminuição das habilidades motoras e cognitivas, reduzindo a capacidade funcional para a realização das atividades diárias e com impacto na manutenção de estilos de vida saudáveis.

5. Condições de Saúde e Atividades Físicas de Pessoas Idosas

Os autores procuram aqui identificar as doenças autorreferidas pelas pessoas idosas destacando as atividades realizadas e relacionando com aquelas que interferem nas condições de saúde.

Dos resultados apresentados podemos depreender a grande importância da atividade física para a pessoa idosa e o impacto na melhoria da sua capacidade funcional, uma vez que esta pode ser influenciada por diversos fatores, em que o profissional ao oferecer ações de saúde pode contribuir para as políticas públicas com ênfase nas ações preventivas, incluindo o controle do ambiente de forma a permitir a sua livre e segura circulação; o controle das patologias de base, a formação a cuidadores e familiares e o desenvolvimento e incentivo da participação do idoso em programas de atividade física.

6. Quedas em Idosos e Fatores de Risco

Porque a ocorrência de quedas é uma das principais causas de acidentes na população idosa, sendo essa uma das causas de morte mais frequentes nos indivíduos acima dos 65 anos, os autores deste capítulo procuram contribuir no campo da pesquisa e assistência à pessoa idosa, tendo feito um levantamento acerca da prevalência de quedas de pessoas idosas em ambiente domiciliário, indicando as possíveis causas e consequências, com o objetivo de criarem um guia para a prevenção das quedas no domicílio.

O capítulo tem assim como objetivo principal apresentar-nos casos de quedas em idosos atendidos em ambulatório pelos fisioterapeutas, identificando os fatores de risco a elas associados, para a partir daí poderem ser definidas abordagens de promoção e prevenção de quedas em idosos. A prevenção é a base de decisão das políticas de Saúde.

7. Trânsito e Velhice: aspectos da violência cotidiana

A procura interessada do autor deixa aqui um panorama sobre a prevenção de acidentes e a segurança no trânsito no mundo e no Brasil, dando destaque à população idosa residente nas grandes metrópoles, visto ser esta uma parte da população que se sente impotente face aos tempos modernos.

O autor conclui que os custos humanos são de difícil mensuração pela complexidade de estimar valores aos fatores emocionais e psicológicos que envolvem as vítimas e seus familiares. Por outro lado, as cidades são lugares para se viver, para se conectar e se socializar, pelo que o espaço urbano deveria propiciar prazer aos caminhantes, mas a insegurança no trânsito limita a circulação de pessoas, em especial os grupos mais vulneráveis, como são as pessoas idosas.

Refere ainda, que na agenda instituída pela ONU, medidas que visem a segurança da população idosa no seu direito de mobilidade nos centros urbanos deverá assumir maior importância, colocando-se como uma das questões centrais para a qualidade de vida das pessoas idosas do presente e do futuro.

8. Violência sobre as pessoas idosas: os agressores

Neste capítulo, os autores dão realce a uma problemática de grande actualidade e importância – a violência contra as pessoas idosas, enquanto fenómeno mundial.

A par do envelhecimento populacional também a violência sobre as pessoas idosas tem vindo a ganhar outra expressão com elevados números e sofrimento associados. Os autores, realçam igualmente a relação entre a dependência associada à idade, com a ocorrência de violência e maus-tratos contra as pessoas idosas e referem que Portugal é considerado um dos países mais envelhecidos do mundo e também um dos cinco países com maior número de violência, (cerca de 39% de

pessoas idosas vítimas de violência–OMS).

9. El aprendizaje en entornos clínicos simulados

Os autores procuram aqui condensar uma infinidade de ideias sobre a adequação da simulação como método de ensino-aprendizagem. Primeiro justificam teoricamente o seu valor e depois mostram-nos alguns de seus elementos procedimentais. No entanto, a aplicabilidade da simulação vai além dos campos pedagógicos e estende-se a qualquer contexto em que o ser humano tenha que treinar alguma habilidade, seja ela técnica ou comportamental ou mesmo atitude.

Concluem que a produção científica é muito extensa no que diz respeito às aplicações da simulação como método de treino estruturado.

10. Formação Profissional no estudo do Envelhecimento na Saúde Bucal

As autoras partem aqui de algumas ideias sobre o envelhecimento e a saúde bucal, abordando a relação com as políticas de atenção ao idoso e, por fim, trata algumas das especificidades do envelhecimento e formação profissional em saúde, chamando a atenção para a necessidade de se pensar esse processo considerando o indivíduo e sociedade como um todo.

Concluem que para promover alterações face a essa realidade torna-se necessário desenvolver raciocínio crítico, promover a adoção de novas práticas, desenhar estratégias diferenciadas, promover o envolvimento comunitário, integrar ações e mobilizar recursos, sempre na perspectiva do envelhecer com saúde.

Quanto maior for a força da inclusão e maior for o estímulo para o desenvolvimento de uma consciência cidadã, mais a população estará deliberando sobre políticas públicas saudáveis e inclusivas, especialmente

em relação à pessoa idosa.

11. Envelhecimento ativo e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida por idosos: representações sociais

Numa população específica, este estudo visou conhecer as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por idosos com e sem o diagnóstico de HIV/Aids e, ainda, o impacto dessas representações na longevidade.

Observaram que há evidência dos idosos com HIV/Aids e sem o diagnóstico ao associarem predominantemente conteúdos negativos o que sugere a necessidade de uma maior reflexão sobre a realidade dos serviços de saúde, principalmente no que se refere aos idosos com diagnóstico de HIV/Aids. Merece, ainda, por parte dos profissionais maior ênfase nos estudos de educação para a saúde capazes de minimizarem esta situação por impactarem negativamente, tanto na assistência quanto na própria condição de vida do idoso.

12. Os Sentidos da aids em diferentes contextos e temporalidades

Aqui, os autores apresentam uma reflexão sobre mudanças observadas a partir das representações sociais do HIV/Aids, construídas por estudantes da educação básica e por idosos, em diferentes contextos. Procuraram comparar transformações ocorridas nas representações sociais da aids elaboradas por diferentes grupos de jovens e o que foi observado mais recentemente, em 2008 e 2011, na construção de idosos sobre a significados da aids, que é subsidiário dessa circulação de sentidos.

Aqui, foi apercebido que embora a toma de medicamentos para tratamento das doenças crônicas se revista de inúmeras vantagens para

a saúde do idoso, traz também consigo um conjunto de riscos associados, dos quais são exemplo, os problemas ligados às alterações fisiológicas e conseqüentemente à resposta orgânica à terapêutica, seja a nível farmacocinético ou farmacodinâmico, pelo que importa refletir sobre a polimedicação, que embora não seja quantitativamente consensual entre os diversos autores, surge normalmente definida como o consumo diário de cinco ou mais medicamentos.

Os autores concluem que os diferentes intervenientes no cuidado à pessoa idosa (cuidadores informais até aos profissionais de saúde), devem ser envolvidos no processo de avaliação e apoio à gestão da medicação e a interoperabilidade entre serviços deve constituir uma meta, de forma que do processo se possam obter resultados positivos e integrados para a saúde do idoso, promovendo-se durante o maior período de tempo possível, a permanência na própria casa, de forma independente e saudável.

13. Seguindo a vida, apesar da velhice problemática: um estudo de representações sociais com idosos comunitários

Neste último capítulo, os autores refletem sobre algumas mudanças observadas nas representações sociais sobre HIV/Aids, construídas por estudantes da educação básica e por idosos, em diferentes contextos socioculturais e, constatam que as mudanças observadas refletem e refratam as transformações clínico-epidemiológicas, políticas, sociais e culturais e as experiências vividas pelos sujeitos diante dessa epidemia, bem como o aperfeiçoamento das práticas de prevenção e de assistência.

Mostram, igualmente a inserção desses sujeitos na totalidade social, permitindo entrever dimensões relativas ao objeto e às formas de codificação/decodificação de informações, experiências e vivências por parte

dos sujeitos, nos seus grupos de pertença e de referência.

Concluem que as representações sociais de um objeto, distinguem culturas, assinalando a sua pluralidade e dão pistas consistentes acerca dos contextos pessoais e simbólicos dos sujeitos, integrando o afetivo e o cognitivo, orientando as suas comunicações e condutas e, deixam-nos pistas sobre possíveis contribuições que estudos sobre representações sociais de objetos no campo da saúde podem trazer, pois se estes estudos forem bem desenvolvidos, são uma ferramenta relevante para a preparação, acompanhamento e avaliação de intervenções neste campo, cada vez mais pertinentes e efetivas.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO NO ÂMBITO DA SAÚDE E DA CIDADANIA¹

Robson Antão de Medeiros
Rodrigo Silva P. Moreira
Paulo Cordeiro Fontes
Angélica Gurgel Bello Butrus

Introduzindo a Temática

Este texto procura apresentar algumas reflexões sobre saúde e envelhecimento relacionados à prática da cidadania.

O envelhecimento da população é um fenômeno observado no mundo atual, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Dessa forma, surgem desafios para a Saúde Pública, reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para idosos, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida.

A ampliação do tempo de vida tem sido considerada como uma das maiores conquistas da humanidade diante da melhoria dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Envelhecer de maneira saudável compreende fundamentalmente, observar o atendimento de necessidades que vão além da manutenção de um bom estado de saúde física. O que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos

1 DOI: 10.5281/zenodo.7675632

países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para este século.

O processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas destinadas a proteger os idosos, como cidadãos cada vez mais presentes e ativos nas sociedades. Até a década de 70 do século XX, no Brasil os idosos recebiam, principalmente, atenção de cunho caritativo de instituições não-governamentais como entidades religiosas e filantrópicas.

Sabe-se que apenas em anos mais recentes, quando a magnitude da população idosa brasileira passou a ser percebida como um problema social e de saúde, ao mesmo tempo, em que passou a ser considerada como um grupo importante de consumo de bens e serviços. Diante disso, tornou-se um grupo socialmente “visível”. Aos poucos este grupo passou a apresentar reivindicações e demandas diversas que fizeram emergir a Política Nacional do Idoso, incluída no Programa Nacional de Direitos Humanos (BRASIL, 1998).

Essa expansão de uma atenção em saúde dirigida à saúde do idoso procurou centrar-se no atendimento médico individual das doenças crônico-degenerativas. Esta preocupação ocorreu em decorrência da expansão que estas doenças tiveram na década de 1980, enfatizada pelo processo de transição epidemiológica, que teve como consequência o atendimento esporádico dos doentes crônicos e se restringindo às suas complicações (Brasil, 1988).

Em 2003, foi estabelecida a idade igual ou superior a 60 anos para caracterizar a pessoa idosa com o Estatuto do Idoso, pela Lei n. 10.74. Este diploma construído a partir da intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, enfatiza a preservação física e mental deste grupo.

O envelhecimento enquanto um fenômeno global exige ações e programas em nível local, regional, nacional e internacional capaz de

atender as necessidades dos idosos. Conhecer os aspectos que envolvem esse processo tem se tornado de grande relevância para implementação das Políticas Públicas para os Idosos, no que refere aos programas e ações. Para tanto, é importante apresentar algumas reflexões sobre o Programa Nacional de Atenção ao Idoso, o de Direitos Humanos e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2008).

Tais políticas têm impulso na década de 1980, com a reformulação do sistema de saúde, resultando assim, no Sistema Único de Saúde (SUS). Com os referidos projetos inicia-se uma maior preocupação da população com relação à saúde do idoso atrelada às modificações sofridas no campo da saúde de forma geral e as necessidades de políticas sociais mais efetivas.

Neste sentido, na reestruturação do sistema de saúde e do tipo de assistência, em uma perspectiva programática, emerge o Programa da Atenção à Saúde no Envelhecimento (PASE) em que procura focar de modo integrado, uma assistência aos doentes crônicos de modo que aborde o envelhecimento como um processo vital e social, respeitando-se os direitos dos idosos.

Sobre a Política Nacional do Idoso no contexto da Saúde

A Política Nacional do Idoso criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania, reafirmando a saúde como direito nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e nº 1.948) e direcionando medidas coletivas e individuais de saúde.

A Lei 8.842/94 rege determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis por garantir sua participação na comunidade,

defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas, sociais, além das regionais (BRASIL, 1994).

De acordo com o estabelecido, a mencionada lei determinou a articulação e integração de setores ministeriais e uma secretaria para a elaboração de um Plano de Ação Governamental para a Integração da Política Nacional do Idoso (PNI). Esse Plano de Ação foi composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão e Secretaria de Desenvolvimento Urbano.

A Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso em 1999. Esta determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Nesse documento é discutido os direitos fundamentais do idoso relacionados aos seguintes aspectos: à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, a alimentos, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização do trabalho, previdência social, assistência social, habitação e ao transporte. Além disso, discorre sobre medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça e crimes. Conforme observado, o Estatuto não apenas acrescenta novos dispositivos ao Política Nacional do Idoso – PNI, mas consolida os direitos já assegurados na Constituição Federal, sobretudo na sua proteção em situação de risco social. É um

documento onde são estabelecidas sanções penais e administrativas para quem descumpra os direitos dos idosos, nele estabelecidos (BRASIL, 1994).

Apesar de publicado, o cumprimento e o respeito ao Estatuto dependem da cobrança organizada da sociedade civil, com especial destaque ao idoso. É preciso procurar usufruir em todos os espaços sociais, com participação ativa do idoso pela melhoria de sua própria condição de vida.

Assim como são direitos do cidadão: vida, saúde, educação, moradia, transporte, segurança, trabalho, lazer, salário, liberdade, entre outros, o respeito a estes direitos é dever daqueles que governam, independente das instâncias de poder sobre todas as atividades da sociedade.

No âmbito da saúde constata-se no campo jurídico uma evidência de que o direito a saúde para pessoa idosa ainda é uma utopia no país, uma vez que a sua garantia em geral acontece mediante reclamação aos órgãos competentes, por força de ações judiciais e não por mérito como garante a própria Constituição Brasileira (BRASIL, 1988).

Observa-se que houve um importante avanço no que diz respeito à saúde da população idosa, com a publicação do Pacto pela Vida, em 2006, por meio da Portaria nº 399/GM, embora não ocorra na prática. Nesse documento, a saúde do idoso surge como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. Foram ainda apresentadas ações que visam a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. Este aspecto pode ser observado ao se olhar

às proporções estatísticas disponíveis em que 2002, com 15 milhões de brasileiros com mais de 60 anos de idade e as projeções para o ano de 2020, em que será 15% da população constituída de idosos (IBGE, 2014; ANDRADE, 2008).

Assim, é relevante a realização de estudos que busquem conhecer até que ponto o desconhecimento dos direitos à saúde contemplados no Estatuto do Idoso que impedem de gozarem ou de oferecerem os direitos.

O processo de envelhecimento é dinâmico e progressivo, acompanhado por uma série de alterações que vão desde as morfológicas às psicológicas, tornando-o mais susceptível as agressões intrínsecas e extrínsecas, bem como pelo surgimento de doenças crônico-degenerativas que carecem de um pronto atendimento à população idosa.

Da mesma forma como são direitos do cidadão a vida, a saúde, a educação, a moradia, o transporte, a segurança, o trabalho, o lazer, o salário, a liberdade, entre outros; o respeito a esses direitos é dever daqueles que governam, independente das instâncias de poder sobre todas as atividades da sociedade.

Acrescidas a essas necessidades, é indispensável aos idosos a obtenção de cuidados frente aos problemas de saúde, expressos pelas diferentes modalidades de atendimento o que envolve também a sua aceitação como seres humanos, com necessidades e possibilidades especiais contempladas nos diferentes direitos, sem qualquer discriminação.

Valorizar o idoso como pessoa socialmente útil favorece direta e indiretamente a ele, assim como a família e a comunidade para o alcance de um estilo de vida desejável, em que se ultrapasse ações individuais, sendo capazes de envolver a família, outras pessoas de comum idade e o próprio Estado, todos juntos, possibilitando a criação de condições favoráveis para o atendimento de interesses comuns (BRASIL, 2006).

Em uma vertente negativa, observa-se por um lado que as valorizações sociais adquiridas predominantes são dirigidas aos idosos portadores de doenças crônicas; por outro lado, tais valorizações coincidem com o aspecto enfatizado socialmente: ser idoso e ser portador de doença crônica. Esta condição estigmatizante acarreta aos idosos a condição social de aposentadoria dupla – do serviço e da vida. Essa associação negativa de “ser idoso” e a condição de “ser portador de doença crônica” atribuem o estatuto de “velhice”, de grande peso social, uma vez que ser doente aponta para a noção de cronicidade na apreensão das necessidades sociais dos idosos (BRASIL, 2006).

Aspectos negativos são observados com as reproduções de concepção cotidianas da sociedade, conseqüentemente, o que tem direcionado uma prática profissional de saúde pouco eficaz na minimização de comportamento estigmatizante, para se pensar numa prática de cidadania, onde muitos profissionais de saúde não conhecem os direitos do idoso no tocante à saúde.

As práticas de saúde têm representado aspecto importante na produção e na reprodução dos modos de vida e de pensar a saúde do idoso, constituindo assim um ponto de partida à prática da cidadania. A saúde ainda busca uma assistência pautada prioritariamente nas concepções biológicas, enquanto as dimensões sociais dominantes da doença crônica e do envelhecimento são simultaneamente poças introduzidas nas suas práticas profissionais, de modo que contemple dimensões potencialmente mais positivas, representadas pelo bem-estar, o prazer, autonomia e prática da sua cidadania.

Mesmo diante de situações precárias de higiene e renda mínima, observa-se a existência de chances crescentes de se envelhecer com dignidade, pois fazer uma boa saúde é possibilitar as pessoas chegarem ativas à terceira idade, em que o envelhecimento tem que ser celebrado

e não lamentado; o oposto seria a morte. Uma que muitas celebrações da sabedoria e do conhecimento acumulados já são feitos diariamente por muitas pessoas (IBGE, 2014).

Tais reflexões remetem a diferentes significados sobre o que é ser cidadão, uma vez que significa ser o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado. Essa constatação retrata que ser cidadão é ter consciência de seus direitos e deveres, participando de questões sociais que ocorrem no mundo, no país, na cidade, no seu bairro (BRASIL, 2006).

Os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Em 2010, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos (BRASIL, 2013), necessitando, portanto, de uma atenção especial e compatível com as suas condições biopsicossociais, que tendem a se agravar gradativamente. Os fenômenos clínicos (Brasil, 2006) apresentados durante o envelhecimento são dependentes também de fatores como situação econômica e social. Assim, o envelhecimento saudável é entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Neste sentido, os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores e políticos brasileiros observarem o panorama dessa transição, e, em conjunto com a sociedade num breve espaço de tempo, discutirem as políticas públicas de atenção ao idoso. Urge serem tais políticas implementadas, em todas as esferas sociais, por técnicos e profissionais que atendam essa parcela populacional.

Em nossa sociedade, a velhice tende a ser vista como época de perdas, incapacidades e decrepitude. Aliados a essa imagem social, têm-se os dados objetivos de aposentadoria insuficiente, oportunidades negadas, desqualificação tecnológica e exclusão social. Todos esses fatores

dificultam ou impossibilitam uma vida digna na velhice (MARINONI, *et al.* 2014), de forma que se torna imperativo investir na implementação de políticas públicas para propiciar condições de vida saudável e de qualidade para a população de idosos, que cresce progressivamente.

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, apesar de recente, vem sendo ressaltado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre o assunto, não só por suas implicações sociais, mas, também, pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por estas novas demandas sociais e de saúde (PEPE *et al.* 2010).

O processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas destinadas a proteger os idosos como cidadãos cada vez mais presentes e ativos nas sociedades. Até a década de 70, do século XX, no Brasil, os idosos recebiam, principalmente, atenção de cunho caritativo de instituições não-governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas.

O direito universal e integral à saúde, no Brasil, foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da lei orgânica da Saúde nº 8.080/90. A esse direito entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A regulamentação do SUS direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção e o controle social.

Em paralelo à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder as crescentes demandas de sua população que envelhece. Promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, a Política Nacional do Idoso, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para

promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Essa Política foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de Gerontologia e Geriatria e várias entidades representativas desse segmento, a exemplo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) consta na íntegra do anexo da Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS) e dela é parte integrante. Esta política visa a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde, a preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de maneira independente (BRASIL, 2008). Sua implementação compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objeto.

O direito à saúde, dentre os direitos sociais, tem merecido maior reflexão pelo expressivo número de ações judiciais que reivindicam medicamentos, insumos e tratamentos médicos em face do Estado, especialmente pelos idosos que têm se valido do Poder Judiciário para coagir a Administração a cumprir o dever que a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto do Idoso impõem (BRASIL, 2003). É tão expressiva a quantidade de ações judiciais com esse intuito, que o fato já vem sendo chamado de “Judicialização da Assistência Farmacêutica”, “Judicialização da Saúde”.

Apesar da existência dos programas de atenção à saúde de idosos, nas três esferas governamentais, federal, estadual e municipal, muito ainda se tem por fazer. A Lei nº. 12.419/11, em busca da excelência no

atendimento ao idoso, assegura, em seu art. 15, a atenção integral à sua saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam, preferencialmente, as pessoas nessa faixa de idade (BRASIL, 2011).

Importante destacar que a Constituição Federal de 1988, que foi como um marco na redemocratização do Estado brasileiro traz, em suas disposições normativas, uma significativa mudança no cenário dos direitos fundamentais, especialmente pelo estabelecimento do paradigma da pessoa humana, circunstância que tende a alcançar com maior força justamente aqueles segmentos da população mais alijados de seus direitos, como ocorre na população idosa.

Corroborando o referido diploma legal, dispõe o artigo 196 que: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988: 13).

Nesse sentido, verifica-se no Estatuto do Idoso, em seu artigo 1, que esse Estatuto é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, dentre esta faixa etária, estão previstos no artigo 3 da referida Lei, em que se estabelece que ***é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a afeição do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).***

Desta forma, o envelhecimento representa um impacto significativo no perfil epidemiológico atual, que por sua vez recai, diretamente, nos serviços de assistência à saúde, em destaque à pessoa idosa.

Para garantir o direito à saúde, o Estado brasileiro deve formular e implementar políticas públicas e prestar serviços públicos, contínuos e articulados, que garantam o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade.

Assim, os idosos estão respaldados em lei própria, com direitos a pleitearem os medicamentos e tratamentos médico-hospitalares necessários, podendo exigir do Poder Público, em juízo ou fora dele e reivindicar os meios públicos para lhes serem assegurados o direito à saúde, direito social fundamental do cidadão, de aplicabilidade e eficácia imediatas.

Dentre diferentes artigos que integra o Programa Nacional de Direitos Humanos destacam-se os diferentes artigos referentes a caracterização do idoso e seus direitos, no que tange a saúde, assegurando os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além de garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, para prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas

a prevenção, tratamento e reabilitação; e criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1998).

Vê-se, ainda, como direito a todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

O Estatuto do Idoso apresenta-se apenas os artigos e capítulos referentes a saúde, como: Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, **à saúde**, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Enfoques sobre Cidadania e a Pessoa Idosa

Cidadania contempla os direitos civis e políticos, denominados de direitos de *primeira geração*, e os direitos sociais, chamados de segunda geração. Os de primeira geração seriam os direitos civis—denominados de individuais—que são os direitos de liberdade, igualdade, propriedade, de ir e vir, direito à vida; os direitos políticos compreendem respeito à liberdade de associação e reunião, de organização política e sindical, participação política e eleitoral, entre outros. Os de segunda geração—direitos sociais, econômicos ou de crédito—são os direitos ao trabalho, saúde, educação, aposentadoria, entre outros, que garantam acesso os meios de vida e bem-estar social. Desta forma, o conceito de cidadania é composto por diversos direitos (liberdade versus igualdade), com seus respectivos atores sociais (CAMPOS, 2008).

Por um lado, pensar a cidadania para o idoso e a magnitude do fenômeno que é o envelhecimento humano, nota-se que é um tema ainda pouco explorado e que a sua problemática retrata um lado sombrio de

uma realidade social em que o investimento na atenção básica à saúde dos idosos ainda é insuficiente no Brasil, por mais avanço que já se tenha conseguido. Todos os dias, encontram-se presentes nos meios de comunicação diferentes tipos de violação contra o idoso visível, com repercussões amplas, mas pouco solucionado, quer por vergonha, coerção ou mesmo desconhecimento, uma vez que sempre acontecem de serem molestados por seus próximos.

Por outro lado, é notável que o impacto das desigualdades dos povos afeta a situação econômica das pessoas idosas retratada na perda de contato com a força de trabalho, a obsolescência de suas atividades, a desvalorização de seus vencimentos e pensões e a pobreza generalizada da sociedade no mundo também tem produzido situações desfavoráveis para a população idosa.

Nesta perspectiva, mesmo com o avanço da Constituição Brasileira em que foi incluída no seu texto a questão do idoso, pouco se tem conseguido neste sentido com a Política Nacional do Idoso, embora o Governo venha procurando contemplar os direitos do idosos e suas linhas de ação setorial, em diferentes regiões do país (BRASIL, 1998).

Apenas em anos mais recentes no Brasil, quando a sociedade permitiu pensar a população idosa como parcela de consumo importante e como grupo socialmente «visível», é que emergiu a Política Nacional do Idoso, incluída no Programa Nacional de Direitos Humanos com destaque para a saúde (BRASIL, 1998).

No âmbito das valorizações sociais adquiridas, verifica-se um predomínio de idosos com doenças crônicas, que se somam ao aspecto negativo do «ser idoso» e «ser portador» de tais doenças (GAMPOS, 2007). Esta condição estigmatizante acarreta para os idosos a condição social de aposentadoria dupla: a do serviço e a da vida. Estes aspectos negativos agravam-se pelo fato de «ser idoso» e «ser portador de doença crônica»

e atribuem o estatuto de «velhice». O fato de ser doente aponta para a noção de cronicidade, exigindo um atendimento satisfatório das necessidades dos idosos e quando isso não acontece, os idosos são obrigados a praticar sua cidadania, exigindo o cumprimento de seus direitos.

Este aspecto nos remete ao significado de ser cidadão, ao se tomar por base o conceito de cidadania enquanto prática em que o indivíduo, no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado, é um cidadão e é capaz de praticar sua cidadania (BRASIL, 2011). Essa afirmação indica que ser cidadão é ter consciência de seus direitos e deveres, participando de questões sociais que ocorrem no mundo, no país, na cidade e no bairro (PEPE *et al.*, 2010). Não se pode ser apenas cidadão no papel (CAMPOS, 2008).

A Política Nacional de Humanização tem procurado informar os seis princípios básicos de cidadania: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; tratamento adequado e efetivo para o seu problema; atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminação; atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada e ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Assim, na saúde, a partir da carta dos direitos dos usuários da saúde, que assegura ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, funciona como ferramenta de guia ao usuário (DIMENSTEIN, 1997).

Para se entender o idoso, faz-se necessário refletir sobre o próprio envelhecimento, com especial atenção para a distribuição desigual de direitos e deveres, numa crise que trouxe aos cidadãos a falta de credibilidade nas instituições democráticas.

Encerrando a ideia sobre a temática

Procurou-se fazer algumas reflexões sobre a política nacional do idoso no âmbito da saúde e da cidadania, ressaltando o Estatuto do Idoso como uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos, embora se entenda que é preciso avançar no cumprimento destes direitos, onde é enfatizada a atenção integral à saúde do idoso pelo Sistema Único de Saúde, assim como pela referida Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Sabendo-se que o envelhecimento da população mundial é uma realidade largamente documentada por todos os organismos internacionais (e.g., OMS) enquanto um fenômeno em escala mundial, que afeta de forma diferenciada diversos países, justificados por vários os fatores (DALLARI, 1998; BRASIL, 2006).

O envelhecimento visto como uma fase do desenvolvimento humano inerente ao processo da vida tem características específicas. Estas características do ponto de vista biopsicossociais são importantes para se compreender como o idoso é percebido por diferentes segmentos da sociedade e como ainda não conseguem usufruir do conhecimento dos seus direitos. Este desconhecimento corrobora para o não cumprimento dos seus direitos e assim, contribuindo assim para negligenciar as necessidades de cuidados dos idosos em diferentes perspectivas, em cada fase do processo de envelhecimento.

É importante salientar que a preocupação mundial a respeito do processo de envelhecimento não recai apenas na questão demográfica, ela perpassa instâncias que indicam uma tendência futura que poderá vir a ser alterada, apesar desta ser relevante. A importância que as gerações idosas têm adquirido é fruto dos desafios que estão sendo lançados nas diferentes formas de organização social, cultural, econômica e política (MARINONI; MITIDIERO; ARENHART, 2015).

O aumento da esperança de vida atual e futura assume várias dimensões: biológica, psicológica, social e política-jurídica. Todas devem

ser abordadas de forma integral. É preciso entender que envelhecer de maneira saudável é fundamentalmente observar o atendimento das necessidades humanas, que vão além da manutenção de um bom estado de saúde física. É imperativo uma visão do idoso mais ampla, uma vez que o homem precisa de reconhecimento, respeito, segurança e de se sentir participativo em sua comunidade, podendo expor suas opiniões, experiências e interesses.

Além desses aspectos, é indispensável aos idosos a obtenção de cuidados com os seus problemas de saúde, a sua aceitação como seres humanos, que possuem necessidades e possibilidades especiais, com direitos a serem cumpridos sem qualquer discriminação.

Neste sentido, para se entender o idoso faz-se necessário refletir sobre o próprio envelhecimento, com especial atenção para a distribuição desigual de direitos e deveres do cidadão, procurando minimizar essa crise que lhes trouxe a falta de credibilidade que vem rondando a sociedade brasileira no estado de direito, ou seja, nas instituições democráticas (MORSCH, 2015).

Envelhecer de maneira saudável compreende, fundamentalmente, observar o atendimento das necessidades que vão além da manutenção de um bom estado de saúde física. As pessoas precisam de reconhecimento, respeito, segurança e de se sentirem participativas em sua comunidade, podendo expor suas opiniões, experiências e interesses.

Assim, como são direitos do cidadão a vida, saúde, educação, moradia, transporte, segurança, trabalho, lazer, salário, liberdade, entre outros, o respeito a estes direitos é dever daqueles que governam, independente das instâncias de poder sobre todas as atividades da sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Danilo. Políticas Públicas: O que são e para que existem. Conheça o Ciclo, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988).

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < http://www.pbh.gov.br/leisdeidosos/politica_federal-dec1948.htm>. Acesso em: 17out 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006—Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

_____. Senado. Lei 12.419/11. Estatuto do Idoso: considerações sobre o direito a alimentos, à saúde, à habitação e ao transporte, 2011.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da União, v. 1, 2006.

_____. Senado. Lei 12.419/11. Estatuto do Idoso: considerações sobre o direito a alimentos, à saúde, à habitação e ao transporte, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 301-306, 2007.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Estado de direito e cidadania. *Revista direito e cidadania*, v. 2, n. 4, p. 125-129, 1998.

DIMENSTEIN, Gilberto. O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. In: *O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil*. 2002. pág. 184-184.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Anuário estatístico do Brasil/IBGE—Vol. 1. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

MARINONI, Luiz Guilherme *et al.* Novo código de processo civil comentado. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016.

MORSCH, Renata. Paradigmas traçados pela jurisprudência do STF para condução de demandas por medicamentos não padronizados pelo SUS. Casos polêmicos do canabidiol e fosfoetanolamina. *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 20, n. 4546, 12 dez. 2015.

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos” essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos*

de Saúde Pública, v. 26, p. 461-471, 2010.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: avanços e desafios da experiência brasileira.¹

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann

Apresentação

O Brasil, país de dimensão continental, com 8.547.403,5 km² de extensão, e mais de 200 milhões de habitantes, distribuídos em 27 estados e 5.556 municípios autônomos, assumiu o desafio de ter um Sistema Universal, Público e Gratuito de Saúde.

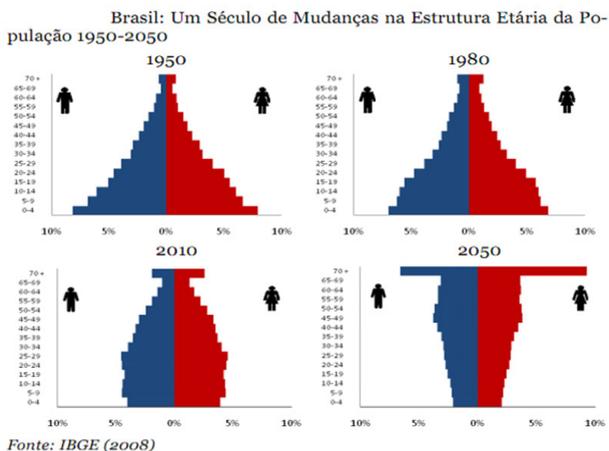
A Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2017, demonstra que o Brasil possui 30,3 milhões de pessoas idosas (todo cidadão com 60 anos ou mais). Este quantitativo representa 13% da população total brasileira. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a quantidade de pessoas idosas no país aumentará quinze vezes, já a população total, em torno de cinco vezes, entre os anos de 1950 a 2025. Nos anos 1980, a expectativa dos idosos brasileiros era de 62 anos, passando para 74,8, em 2013.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira demonstra importante conquista social, reflexo de melhorias nas condições de vida, na ampliação do acesso aos serviços de saúde, avanços tecnológicos, aumento da escolaridade, da renda, dentre outros determinantes sociais. Dados da PNAD/IBGE (2008) demonstram a variação do índice de

1 DOI: 10.5281/zenodo.7675701

envelhecimento, que estabelece a relação entre idosos de 60 anos ou mais e crianças menores de 15 anos, o qual passa de 27,3 no ano de 2000 para 68,1 em 2020. As mudanças e projeções na estrutura etária da população brasileira podem ser observadas na figura 1.

Figura 1



A transição demográfica brasileira apresenta particularidades e a maioria da população idosa brasileira é composta por mulheres, 55,7%. A distribuição por cor ou raça mostra que 55% da população idosa é composta por pessoas de cor branca, 35,2% de cor parda e somente 8,6% preta. Outra característica importante é o crescimento da população dos mais idosos, em especial o aumento do número de idosos centenários, no censo de 2010, existia 24 mil idosos com 100 anos ou mais no Brasil (IBGE/PNAD 2017).

O envelhecimento da população impacta no perfil demográfico e epidemiológico, demandando respostas articuladas das políticas sociais e também o desenvolvimento de ações que envolvam o Estado e a sociedade,

na busca por novas formas de organização do cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar, bem como ações de apoio aos idosos, seus familiares e cuidadores.

O envelhecimento é um processo individual, heterogêneo, condicionado a diferentes fatores biológicos, sociais, culturais e históricos.

Em relação ao perfil de agravos e doenças que mais acometem as pessoas deste grupo populacional, segundo o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-2013), as cinco principais causas de internação foram as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, do digestivo e as neoplasias. Já as cinco principais causas de óbitos das pessoas idosas, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-2012), foram o infarto agudo do miocárdio, pneumonia, *diabetes mellitus*, acidente vascular cerebral e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Segundo estudo realizado com micro dados da saúde a ocorrência de ao menos uma doença crônica foi referida por 69% das pessoas idosas, enquanto que a hipertensão arterial por 53%, artrite por 24%, doenças do coração por 17%, diabetes 16% e a depressão por 12% (PNAD-2008).

1. Principais Marcos Normativos

No Brasil temos importantes marcos e diretrizes normativas, a exemplo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa–PT nº 2528/2006 -, que estabelece as diretrizes nacionais para o cuidado à saúde da população idosa; do Estatuto do Idoso – Lei nº70.741/2003; Política Nacional do Idoso – Lei nº 8842/1994 -, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, além do Decreto Presidencial nº8.114/2013 que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.

As orientações sobre o envelhecimento ativo, publicada pela OMS em 2002, também são um marco importante, refletida nas políticas

nacionais, as quais consideram os seus três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida, associada a melhoria da qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estabelece como suas diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe como estratégia para organização da atenção ofertada, as **Redes de Atenção à Saúde** entendidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando a garantia da integralidade do cuidado.

2. Diretrizes Nacionais

A organização e estruturação da atenção em Redes de Atenção à Saúde são, portanto, uma diretriz do SUS orientada pela Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, que apresenta os fundamentos conceituais e

operativos essenciais a esse processo de organização e visa assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. Outro marco organizativo é o Decreto nº 7508, de 20 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990 e dispõe sobre o planejamento, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa.

Nesse contexto, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde do Brasil definiu como uma de suas prioridades, a construção de uma proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS. O modelo proposto busca potencializar ações e serviços dirigidos às pessoas idosas já desenvolvidas nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes serviços, programas e ações, compondo desta forma uma rede de atenção às pessoas idosas, que tenha a Atenção Básica como coordenadora deste cuidado.

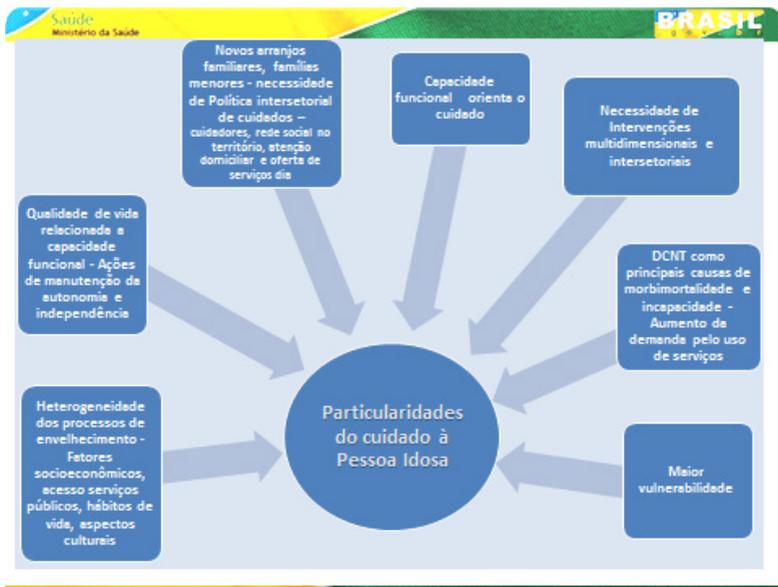
A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência, buscando a autonomia possível, dos idosos.

A articulação intrasetorial e intersetorial, em especial no que se refere ao campo da assistência social, é fundamental para o estabelecimento de consensos e para o estabelecimento de corresponsabilidades no cuidado a ser ofertado. No âmbito da saúde, o Brasil estrutura-se a partir da articulação e da corresponsabilização entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal. A organização e o financiamento deste cuidado são pactuados nas Comissões Intergestores, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), compostas por representações

dos gestores de saúde das três esferas de gestão citadas anteriormente. O modelo de atenção prevê também estímulos à participação dos usuários do SUS.

A atenção à pessoa idosa implica na construção de um novo paradigma das práticas de saúde, que tenha o foco no cuidado e não na doença. O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multisetoriais com foco no cuidado (Quadro 1).

Quadro 1. Particularidades do Cuidado à Pessoa idosa.



Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS (2013)

Neste novo paradigma é fundamental identificar condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, em particular no que tange à

capacidade funcional. A perda da funcionalidade contribui significativamente para o comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa, de seus familiares e cuidadores. Tanto que representa o condicionante mais importante de desfechos desfavoráveis na pessoa idosa, como hospitalização, institucionalização e morte, com grande impacto social e econômico.

O governo brasileiro tem investido em estratégias que visam à promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional. Neste sentido tem investido muito na capacitação de profissionais de saúde, com vistas a qualificar a avaliação global de saúde da pessoa idosa de forma que a mesma contemple as dimensões sociais, clínica, mental e funcional e contribuam na identificação do conjunto das necessidades do idoso, possibilitando a otimização da alocação de recursos e estratégias de cuidado. Ao mesmo tempo, deve-se ampliar a compreensão do processo de envelhecimento permitindo a identificação e classificação de riscos e finalmente a elaboração de Projeto Terapêutico Singular.

O declínio funcional do idoso ocorre frequentemente em um contexto de múltiplos e complexos problemas de saúde, que se traduzem em síndromes geriátricas, tais como: instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência urinária e fecal e iatrogenia, que requerem conhecimentos à luz dos fundamentos da gerontologia, habilidades e atitudes dos profissionais da saúde, bem como ações específicas não contempladas pelas redes existentes.

A pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta. Até mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento. Neste sentido, destaca-se a importância da estratificação de risco, requisito fundamental para a estruturação de uma rede. De um lado, por exemplo, temos a pessoa idosa que é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e

autônoma, mesmo apresentando alguma situação crônica de saúde, mas que não se associa, necessariamente, a maior vulnerabilidade. Enquanto este grupo representa em torno de 70% das pessoas idosas, cerca de 30% são consideradas frágeis ou em risco de fragilidade, apresentando maior vulnerabilidade caracterizada por dependência funcional, incapacidades ou condições de saúde preditoras de desfechos adversos, necessitando de acesso e cuidado qualificado no SUS.

A “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais” resulta no uso mais intensivo e prolongado dos serviços de saúde, exigindo adequação das redes de atenção à saúde para responder às necessidades emergentes.

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no item 3.2 (atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa), reforça a importância de implementar a avaliação funcional individual e coletiva. Nesse sentido, considera três categorias de pessoas idosas: 1) o idoso independente, aquele capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária; 2) os indivíduos idosos com potencial para desenvolver fragilidade, que são independentes, mas apresentam algumas dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e merecem atenção específica pelas equipes de saúde com acompanhamento mais frequente; 3) os idosos frágeis ou em situação de fragilidade, que são os que vivem

em Instituições de Longa Permanência–ILPIs, acamados, estiveram hospitalizados recentemente por qualquer razão, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros. Estes se encontram com pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem em situação de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece como frágeis os idosos com 75 anos ou mais, sendo que outros critérios poderão ser acrescidos de acordo com as realidades locais.

A funcionalidade global é base do conceito de saúde da pessoa idosa, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. O declínio funcional refere-se à perda da autonomia ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo (MORAES, 2012). A identificação da fragilidade/estratificação (idoso independente e autônomo; idoso em risco de fragilização; e idoso frágil) é fundamental para o planejamento das ações em saúde, definição de metas terapêuticas e priorização do cuidado.

Algumas iniciativas integradas são importantes para se conhecer as vulnerabilidades deste grupo populacional, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Esta, em uma versão revisada de 2014, permite identificar situações de risco para a saúde das pessoas idosas e reúne informações sobre a sua condição de saúde, suporte familiar e social, fornecendo subsídios técnicos que ajudarão na qualificação da prática diária das equipes de saúde, em especial dos profissionais da atenção básica. Outra iniciativa foi o Caderno de Atenção básica sobre envelhecimento contendo diferentes temas referentes à saúde da pessoa idosa e a capacitação dos profissionais, nas mais diferentes modalidades, que abordam diferentes temas visando a qualificação do cuidado (prevenção de quedas, prevenção da violência, gestão do cuidado, instrumentos de

avaliação etc). O apoio a estudos e pesquisas, a elaboração de publicações técnicas e o mapeamento, seleção e divulgação de experiências bem-sucedidas na gestão da saúde das pessoas idosas, também compõem as ações prioritárias.

Considerações Finais

Além das iniciativas citadas anteriormente, cabe destacar iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, dirigidas para a população em geral, que contemplam as especificidades da população idosa, como:

- Programa da Atenção Domiciliar (PT963/2013), que oferta cuidados aos usuários do sistema de saúde no âmbito residencial;
- Proposta de cuidados prolongados (PT2809/2012) que tem por objetivo ofertar cuidados intermediários entre os cuidados hospitalares e a atenção básica e/ou domiciliar;
- Programa de segurança do paciente (PT529/2013) que propõe o monitoramento e a prevenção de danos na assistência à saúde;
- Práticas corporais e atividade física (PT 719/2011), que contribui para a promoção da saúde por meio da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal para a orientação de práticas corporais, atividades físicas, de lazer e modos de vida saudável;
- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil (2011-2022), que apresenta dentre suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo;
- Programa Farmácia Popular do Brasil, onde são distribuídos medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, além do subsídio de até 90% para a aquisição de fraldas geriátricas;
- Programa de imunização para gripe e pneumonia, entre outras;
- Instrumento de notificação compulsória de violências, etc.

Apesar dos avanços já alcançados, muitos ainda são os desafios para a ampliação e qualificação do cuidado ofertado as pessoas idosas. Neste sentido, registramos a importância de espaços que possibilitem a troca de experiências entre iniciativas nacionais e internacionais, como o Fórum Internacional da Violência e Maus Tratos e o Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais, realizados em Évora, no ano de 2014.

Referências

BRASIL. Política Nacional da Atenção Básica. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.

_____. Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011.

_____. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção Integral. 2014.

_____. Senado. Projeto de Lei nº 284, de 25 de maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.atulizar

_____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

_____. Portaria nº 1356, de 23 de junho de 2006.

_____. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso, 2003.

_____. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999.

- _____. Política Nacional do Idoso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
- IBGE: Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- _____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2017.
- _____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2008.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* (Botucatu), v.14, n.34, p.593-606, 2010.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.
- MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal**. *Cad. Saúde Pública*, vol.21, n.6, pp. 1665-1675, 2005.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS, 2005.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília, 2010.
- _____. *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluyendo el envejecimiento activo y saludable*, 2009.
- ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 16, n.1, p. 181-189, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados*. Barueri: Minha Editora, 2011. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/admin/arquivo/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao.pdf>.

CAPÍTULO 3

INVECCHIARE BENE TRA ATTIVITÀ E DISPONIBILITÀ¹

Alberta Contarello
Diego Romaioli

Introduzione

I nostri tempi sono caratterizzati da un'esplosione demografica a livello mondiale – anche se con grandi variazioni geopolitiche – che ha modificato la struttura per età della popolazione e ha portato a un cambiamento vistoso nelle “realità sociali”, nelle pratiche, nei modi di pensare. Sappiamo che, nel corso del tempo, l'idea di invecchiamento si è plasmata in una narrativa di declino, caricando l'immaginario comune di anticipazioni pessimistiche verso il futuro e invocando una guerra tra generazioni. Sebbene in Italia, come in altri Paesi quali il Brasile, la longevità e la possibilità di invecchiare in buona salute siano aumentate (RICCI BITTI; ZAMBIANCHI, 2010; CIAIRANO; MOLINA, 2005), permane una visione negativa dell'invecchiamento. Si tratta di una rappresentazione sociale egemonica o, più, propriamente paradossale, che limita gli individui nelle proprie capacità di adattamento e rischia di impedirne le potenzialità (CONTARELLO *et al.*, 2011; JESUINO, 2014; TURA; SILVA, 2012; WACHELKE; CONTARELLO, 2011).

Cercare di individuare se e come gli anziani possano raccontare storie sul proprio invecchiamento alternative a quella di un inevitabile declino diventa allora estremamente rilevante sul piano sia della conoscenza sia della pratica (LASLETT, 1996). La terza, quarta e quinta età, seguendo

¹ DOI; 10.5281/zenodo.7675706

la classificazione attuale proposta dall'OMS, si riferiscono infatti a fasi del ciclo di vita che rappresentano, nella società contemporanea, un periodo minaccioso, ma anche di rinnovate possibilità per l'esperienza personale. Focalizzarsi su anziani che esprimano quotidianità e vissuti tali da risultare esemplificativi di un buon invecchiamento può dunque essere interessante, al fine di cogliere e promuovere punti di vista capaci di rivitalizzarlo nella vita di tutti i giorni.

Già dai primi anni Duemila, l'OMS ha messo in luce diversi aspetti necessari per contrastare la lettura prevalente di declino, ponendo in primo piano il ruolo dell'attività: la campagna Active Ageing (WHW, 2002) ha contemplato la promozione di iniziative e prospettive atte a sostenere chi invecchia nel mantenersi attivo e produttivo all'interno della società. In una ricerca condotta recentemente in un contesto italiano e in un contesto brasiliano abbiamo potuto notare una forte presenza dei temi suggeriti da questa agenda nella rappresentazione sociale dell'invecchiare bene (CONTARELLO *et al.*, 2016).

Va notato, tuttavia, che nel richiedere agli individui di aderire all'ideale della persona attiva, forte e determinata, si rischia di configurare come passivi, improduttivi e deboli tutti coloro che non riescono a corrispondere a tali aspettative. L'accento sul tema dell'attività rischia così di risultare problematico in età avanzata – e ancor più in tempi di crisi – (GREINER; PHILLIPSON, 2013), in quanto vengono suggeriti degli standard che predispongono a riconoscere nell'anziano una tendenza all'essere 'inattivi' (DANNEFER; UHLENBERG, 2004; HOLSTEIN; MINKLER 2007) segnalano su questa linea una certa preoccupazione rispetto a come è stata posta enfasi sull'idea di "attività" nell'invecchiamento, enfasi che potrebbe risultare oppressiva e controproducente. L'idea di attività in età avanzata che risulta dominante nella cultura occidentale, infatti, si focalizza – paradossalmente – sulle modalità che

L'anziano può mettere in atto per rinviare l'invecchiamento e fronteggiare il declino legato all'età attraverso un generico mantenersi attivi e produttivi (CARDONA, 2008; TULLE, 2004). Interessante al riguardo è anche il pronunciamento della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria che, nel congresso nazionale del Novembre 2018, ha proposto di posticipare l'ingresso nell'età anziana a 75 anni e non più a 65 anni come proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La nostra argomentazione intende sostenere che questa agenda, enfatizzando il tema nel modo suddetto, rischia di connotare erroneamente come limitanti e “difettose” le contingenze di vita di molti anziani, fallendo nel fornire chiavi di lettura alternative per mondi esperienziali che possono essere abitati durante l'età avanzata (ELDER JR, 1994). Vari autori – tra cui Walker (2002), che pure ha sostenuto l'Active Ageing – sottolineano l'importanza di comprendere la categoria di “attività” anche attraverso prospettive dal basso (GUBRIUM; HOLSTEIN, 1995), in grado cioè di includere direttamente il punto di vista degli anziani (BOWLING, 2008). Su questa linea desideriamo suggerire una concettualizzazione alternativa, anche per come è stata tratteggiata da alcuni anziani, intervistati nel contesto italiano, in un'indagine condotta nella cornice teorica delle Rappresentazioni Sociali (MOSCOVICI, 1976, 2011).

Domande di ricerca

Tale indagine si inserisce all'interno di un progetto di ricerca più ampio che intende esplorare la RS dell'invecchiamento – e dell'invecchiare bene – in giovani, adulti e anziani. Proprio nel tentativo di individuare e amplificare voci in controtendenza a una narrativa di perdita, in un periodo storico e sociale caratterizzato dalla crisi economica, abbiamo

preso in esame le risposte di alcuni anziani a un protocollo di intervista, esplorando se e come venisse declinata l'idea di un buon invecchiamento. La principale domanda di ricerca è stata: "In che modo le storie di alcuni anziani possono costituire una sfida alla visione imperante di invecchiamento pensato come declino?"

Come anticipato, non solo ci si è posti l'obiettivo di intercettare scenari di vita nei quali gli anziani si dimostrino capaci di mantenere standard più generali di salute e benessere, ma si è inteso anche cogliere riflessioni capaci di ridefinire tali standard, di non darli per scontati.

Metodo

Partecipanti

I partecipanti sono trentaquattro anziani di regioni del Nord-Centro-Est italiano, distinti per età e genere, estratti da un insieme più ampio che include diverse età/generazioni (Tabella 1).

	65-74	75-84	≥85	Tot
Uomini	5	7	5	17
Donne	7	5	5	17
				34

Tabella 1. Composizione del gruppo di partecipanti sulla base del genere e delle fasce di età

Procedura

La metodologia di ricerca adottata è di taglio qualitativo (DENZIN; LINCOLN, 2011) e ha previsto l'utilizzo di interviste episodiche per

la raccolta dati (FLICK, 2009). Tale tipologia di intervista consente un duplice approfondimento sia relativo alla conoscenza semantica su un argomento, sia rispetto alla dimensione episodica e quindi relativa ai vissuti che una persona può aver sperimentato rispetto all'oggetto di interesse (FLICK, 2000). Di seguito alcune domande del protocollo:

- Cosa associa alla parola “invecchiamento”? Mi può raccontare una breve esperienza che, a suo giudizio, è rappresentativa del suo modo di invecchiare bene?
- Cosa significa invecchiare per Lei e per la sua vita quotidiana?
- Ci può raccontare una breve esperienza che, a suo giudizio, è rappresentativa del suo modo di invecchiare bene?
- Pensando alla situazione attuale, quali sviluppi si attende nella sua vita? Può immaginarsi una situazione che ci possa rendere chiara questa evoluzione?
- In definitiva, come crede sia possibile invecchiare bene in un periodo storico come il nostro?

Le interviste sono state svolte alla presenza di due ricercatori di età diverse presso le abitazioni di residenza dei partecipanti, in modo da favorire una conversazione più spontanea e più aderente, nel gioco di richiamo e commento dei propri vissuti personali, alla loro specifica quotidianità.

Analisi dei dati

Sui testi delle interviste, trascritti in documenti word, è stata svolta un'analisi del contenuto coadiuvata dal software Nud.Ist (RICHARDS; RICHARDS, 1991). Per svolgere tale analisi il corpus è stato suddiviso in documenti, facendo corrispondere a ciascuno di essi il testo intero di un'intervista. L'unità di analisi utilizzata è stata la frase di senso compiuto

e la definizione dei codici ha seguito un processo di validazione attraverso la negoziazione delle regole di codifica degli enunciati tra due ricercatori (CHARMAZ, 2014). Il metodo di codifica selezionato ha seguito un'analisi bottom-up che ha permesso di costruire codici specifici attraverso un processo iterativo funzionale al raggiungimento di un grado sufficiente di saturazione teorica (STRAUSS; CORBIN, 1990). Questa codifica è stata intrapresa con l'obiettivo di dettagliare, in termini di contenuto, le domande di ricerca sopra preimpostate. Dapprima è stata svolta una codifica aperta molto dettagliata; successivamente si sono realizzate una codifica focalizzata e una selettiva che hanno permesso di sintetizzare i contenuti specifici dei testi, accorpando i codici identificati in categorie sovraordinate, rilevate sulla base di una comunanza di significato.

Principali risultati

Tematiche ricorrenti dell'invecchiare bene

Accenneremo ora ai contenuti che hanno un alto grado di condivisione tra i partecipanti, essendo stati nominati da circa i due terzi di loro.

Salute, benessere economico e relazioni come condizioni sine qua non

La quasi totalità dei partecipanti indica “salute” e “benessere economico” come condizioni fondamentali affinché possa prospettarsi un invecchiamento positivo. Queste possono essere intese come condizioni necessarie ma non sufficienti, alle quali va aggiunta anche la categoria delle “relazioni”, più volte citata, che commenteremo anche più avanti.

«Se uno arriva alla pensione sano, in salute e con una buona pensione... *Perché se c'è la salute puoi fare quello che vuoi!*» [INT03, Donna, 65 anni]

«Ma anche per i giovani... io lo dico alle mie nipoti: aumentate le amicizie, se è possibile aumentate le amicizie, quelle sono le cose... faccio molte attività fatte tutte con persone diverse, le ho sempre fatte in compagnia, quindi torniamo sul discorso di stare in mezzo alla gente...» [INT17, Uomo, 72 anni]

Coinvolgimento in attività

Come anticipato, una categoria fondamentale riguarda la possibilità per l'anziano di essere coinvolto in attività. La stragrande maggioranza dei partecipanti ha espresso, a vario titolo, un proprio coinvolgimento in attività quotidiane, segnalando: a) una maggiore possibilità di godere di "tempo libero", b) una dedizione a "interessi, hobby e passioni", c) un desiderio di rimettersi in gioco per "formarsi e imparare" cose nuove, d) la volontà di svolgere attività per "tenersi in forma". Inoltre, ciò che assume particolare centralità nei discorsi sull'invecchiare bene è l'impegno a svolgere "attività pro-sociali" ovvero fornire aiuto agli altri; questa attività può essere svolta sia attraverso la partecipazione ad associazioni di volontariato, sia con esperienze che hanno a che vedere con il dare sostegno ai familiari, ai vicini di casa, alla comunità più in generale (ROMAIOLI; CONTARELLO, 2017a).

«La Maria ha 10 anni più di me, ma caspita ha uno spirito... quella invecchia bene, perché ad esempio... si prodiga per tutti, o come anche Lia che fa ancora tanto per la sua famiglia anche se ha la salute cagionevole... Volontariato può essere anche andare a trovare un'amica che in quel momento lì sta male, non è che devi fare cose eclatanti» [INT05, Donna, 72 anni]

«Beh una persona che sta invecchiando bene... cerca di istruirsi, cerca di... avere interessi... invece una volta interessi non c'erano perché non avevano la possibilità di averli, non avevano studiato... Adesso sono più abituata a leggere, a partecipare a delle conferenze, lo fai molto più volentieri, mentre invece una volta solo a pensar de andar: “ma va là, cosa vado a far!”» [INT05, Donna, 72 anni]

Dall'attività alla disponibilità

I dati sin qui presentati sono in linea con gli auspici contenuti nell'agenda dell'Active Ageing. Nei testi raccolti, tuttavia, la dimensione dell'attività acquista diverse sfumature. Essa viene specificata infatti similmente al modo di intendere la 'saggezza' nella filosofia taoista, la quale coincide con una serie di pratiche e atteggiamenti mentali che si rivelano particolarmente fruttuosi per la gestione armoniosa della quotidianità (TSE, 2011). I principali codici emersi dall'analisi a riguardo raccolgono episodi di vita e argomentazioni con riferimenti a:

- Stati mentali di benessere e serenità;
- Una facilità a esercitare il pensiero positivo;
- Una più solida centratura sul presente;
- Una “sobrietà” che consiste, non tanto nell'accontentarsi, ma nella capacità di desiderare “il giusto”;
- Una apertura all'esistenza;
- Una capacità di accettarsi e
- Una più accentuata valorizzazione e cura delle relazioni interpersonali.

Al fine di comprendere lo stile di pensiero che sta alla base di questi codici e l'idea di attività che viene suggerita, si è rivelato utile tracciare un parallelismo tra le riflessioni prodotte dagli anziani durante le

interviste e un'elaborazione teorica che abbiamo sviluppato a partire dal costrutto di "disponibilità" discusso dal sinologo francese François Jullien (2004; 2011; 2012). Questo concetto può essere inteso come l'atteggiamento mentale di chi evita di lasciarsi imprigionare all'interno di una convinzione – e di un progetto – per potersi aprire all'evolversi della situazione. Nel dettagliarlo, in particolare, vengono portati in primo piano cambiamenti relativi al rapporto con il tempo, con gli Altri e con sé stessi (ROMAIOLI; CONTARELLO, 2017b).

Il rapporto con il tempo – Dal progetto all'opportunità

Molti anziani intervistati rimarcano che il loro mantenersi attivi non segue, come in passato, la logica del darsi progetti e obiettivi. Piuttosto il loro atteggiamento si predispone a cogliere quel che "la vita porta loro", rendendosi disponibili a ciò che incontrano nella situazione e a intraprendere iniziative estemporanee. L'attività solitamente intesa in chiave 'produttiva' è una sorta di ipoteca sull'oggi in vista di un bene domani. Gli anziani parlano invece di un rapporto diverso con il tempo, che li rende meno proiettati nel futuro e più centrati sul presente, meno protesi a desiderare l'irraggiungibile e l'incerto e più pronti a vivere pienamente ciò che è già alla loro portata.

«A 74 anni, nella situazione che sto vivendo io in questo momento mi va bene non avere progetti perché sono libera di beccare tutte le occasioni che mi capitano, perché un progetto mi crea una tensione comunque alla realizzazione del progetto e le mie energie io le riservo alla quotidianità. Ecco... In questo momento sono libera di testa e di emozioni rispetto al vivere quotidiano» [INT21, Donna, 74 anni]

I l rapporto con l'Altro – Dalla competizione alla compartecipazione

Mentre un attivismo produttivo invita culturalmente a perseguire interessi personali e, solitamente, induce a percepire gli Altri come avversari in una gara, negli anziani interpellati viene amplificato un sentimento di fusionalità con gli altri, che li porta a essere più benevolenti e comprensivi. Diversi intervistati enfatizzano l'importanza delle relazioni, sottolineando come il prendersi cura dell'Altro molto spesso equivalga a un prendersi cura di sé. Le attività che si organizzano di conseguenza sono pertanto meno individualiste e più condivise, meno regolate da scopi di profitto e tornaconto personale, e più rivolte alla partecipazione fine a sé stessa.

«Si affrontano le situazioni in maniera molto meno viscerale, molto più ponderato, con molta più tranquillità, questo anche nel rapporto con gli altri. Se una volta ti sembrava che il mondo fosse tutto sulle tue spalle invece adesso sei consapevole che non è così» [INT16, Donna, 67 anni]

Il rapporto con sé stessi – Dal sé eroico al sé fluido

Nella cultura occidentale, le attività quotidiane sono spesso un'occasione implicita per affermare il Sé: ci impegniamo tanto nel nostro agire per ribadire – a noi stessi o agli Altri – chi siamo o chi vorremmo essere. Quando gli anziani guadagnano l'attitudine alla disponibilità, invece, il loro bisogno di affermare sé stessi è come se venisse meno o si affievolisse. In altre parole, si modifica in modo radicale il rapporto che hanno con sé stessi: diventano maggiormente in grado di accettarsi, di vivere stati d'animo di serenità e di esercitare un pensiero propositivo in generale nella vita. L'essere disponibili non consiste pertanto nel tentativo di ottenere/vincere/prevaricare, ponendosi in sfida con sé stessi, con gli altri o con il tempo, ma essenzialmente nell'imparare a lasciarsi fluire.

«L'atteggiamento mentale positivo è un atteggiamento da imparare... in sostanza, se tendenzialmente prediligiamo la tragedia per eredità storica, si tratta di invertire questo fatto mediante l'addestramento, nel senso che devi addestrarti... Ti viene fuori questa capacità ecco, di scegliere e di orientarti sempre verso gli aspetti più positivi della vita...» [INT20, Uomo, 76 anni]

Riflessioni conclusive

Per concludere, i cambiamenti demografici che si stanno delineando hanno portato a stimare che, in molti paesi industrializzati, la struttura della popolazione sarà composta nel medio termine prevalentemente da anziani. Questa previsione evoca uno scenario distopico, dato che è prevista un'inversione di tendenza in base alla quale gli anziani inattivi supereranno, in numero, gli adulti impegnati in qualche forma di attività produttiva, con conseguenti stravolgimenti sui sistemi economici attuali (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005; DEPARTMENT FOR WORK AND PENSIONS, 2005). Anche per una questione socio-economico-politica, quindi, esistono forti pressioni collettive che intendono favorire una più netta partecipazione degli anziani al sistema produttivo, dilatando il loro periodo di permanenza nei luoghi di lavoro e sollecitando una loro 'produttività' anche durante gli anni senili.

Questi auspici – se da un lato costituiscono un primo tentativo di soluzione a una situazione valutata come drammatica, valorizzando un attivismo in parte funzionale al benessere degli anziani – dall'altro rischiano di creare un sovraccarico di aspettative collettive nella definizione di quanto possa essere oggi considerato un invecchiamento di successo.

La costruzione implicita di criteri normativi alla luce dei quali viene stabilita la natura di un buon invecchiamento, se non analizzata

criticamente, induce l'esposizione degli anziani a giudizi grossolani, limitando fortemente gli schemi interpretativi culturalmente utilizzabili per conferire senso e valore alle esperienze in età avanzata (HOLSTEIN; MINKLER, 2007). Le storie e i ragionamenti degli anziani che abbiamo raccolto costituiscono in questo senso una sfida sia alla visione imperante di invecchiamento pensato come mero periodo di declino, sia a un generico "essere attivi e produttivi" che diventa stereotipo. Il quadro che si configura – seppure all'interno di contingenze non scontate che ne favoriscono lo sviluppo (salute, condizioni di relativo benessere economico, presenza di una buona rete di relazioni) – mostra vite di anziani pronti a sperimentare stati mentali positivi (in particolare serenità) e a impegnarsi in attività (dagli hobby del tempo libero all'impegno nel volontariato), sebbene tali attività si configurino all'interno di un atteggiamento di disponibilità che si apre a una gestione più "saggia" della vita quotidiana.

I rilievi e le riflessioni qui proposte contribuiscono a delineare una forma di conoscenza locale, in questo caso riferita al Nord Centro Est italiano nella seconda decade degli anni 2000. Questa specificità costituisce un punto di forza della cornice teorica che abbiamo adottato, secondo la quale i contesti sono generativi di realtà localmente e temporalmente definite. Non siamo dunque interessati a una generalizzazione dei dati di ricerca, quanto a valutare se i discorsi e le rappresentazioni intercettate possano risultare intelligibili anche in contesti differenti da quello italiano, come per esempio quello brasiliano, sollecitando riflessioni critiche e nuovi ancoraggi di senso.

Riferimenti

BOWLING, Ann. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health*, v. 12, n. 3, p. 293-301, 2008.

CARDONA, Beatriz. 'Healthy Ageing' policies and anti-ageing ideologies and

practices: on the exercise of responsibility. *Medicine, Health Care and Philosophy*, v. 11, n. 4, p. 475-483, 2008.

CIAIRANO, Silvia *et al.* Età anziana: risorse personali ed ambientali e sfide normative e non normative. *Psicologia della Salute*, 2005.

CONTARELLO, Alberta *et al.* "Ageing Well" in Changing Times and Places. Further Notes on Anchoring and Stakes in a Brazilian and an Italian Context. *Papers on Social Representations*, v. 25, n. 1, p. 11.1-11.31, 2016.

CONTARELLO, Alberta *et al.* Rappresentazioni sociali dell'invecchiamento tra psicologia sociale e letteratura. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, p. 171-180, 2011.

DANNEFER, Dale; UHLENBERG, Peter. Paths of the life course: A typology. *Handbook of theories of aging*. In: NUSSBAUM, Jon F.; COUPLAND, Justine (Ed.). *Handbook of communication and aging research*. Routledge, 2004.

DEPARTMENT FOR WORK AND PENSIONS (DWP) Opportunity Age: Opportunity and Security throughout Life. London: DWP, 2005.

DEPARTMENT OF HEALTH. Independence, well-being and choice: Our vision for the future of social care for adults in England. 2005.

ELDER JR, Glen H. Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social psychology quarterly*, p. 4-15, 1994.

FLICK, Uwe. *An introduction to qualitative research*. sage, 2009.

FLICK, Uwe. Episodic interviewing. In GASKELL, George. *Individual and group interviewing. Qualitative researching with text, image and sound*, p. 38-56, 2000.

GILLEARD, Chris; HIGGS, Paul. Aging without agency: Theorizing the fourth age. *Aging & mental health*, v. 14, n. 2, p. 121-128, 2010.

GRENIER, Amanda; PHILLIPSON, Chris. Rethinking agency in late life: Structural and interpretive approaches. *Ageing, meaning and social structure. Connecting critical and humanistic gerontology*, v. 55, p. 79, 2013.

GUBRIUM, Jaber F.; HOLSTEIN, James A. Individual agency, the ordinary, and postmodern life. *Sociological Quarterly*, v. 36, n. 3, p. 555-570, 1995.

HOLSTEIN, Martha B.; MINKLER, Meredith. Critical gerontology: Reflections for the 21st century. *Critical perspectives on ageing societies*, v. 13, p. 26, 2007.

JESUÍNO, Jorge Correia. Images of old age. *Papers on Social Representations*, v. 23, n. 2, p. 15.1-15.22, 2014.

JULLIEN, François. *A treatise on efficacy: Between Western and Chinese thinking*.

University of Hawaii Press, 2004.

JULLIEN, François. Cinq concepts proposés à la psychanalyse. Grasset, 2012.

JULLIEN, François. The silent transformations. London: Seagull Books, 2011.

MOSCOVICI, Serge. La psychanalyse, son image et son public. Presses universitaires de France, 2015.

RICCI BITTI, Pio E.; ZAMBIANCHI, Manuela. Ricerche e rassegne: Rappresentazioni sociali della salute e dell'invecchiamento in un gruppo di anziani. Ricerche e rassegna, p. 1000-1015, 2010.

ROMAIOLI, Diego; CONTARELLO, Alberta. Invecchiare bene in tempi di crisi: punti di vista euritmici attraverso i posizionamenti con l'Alter. Invecchiare bene in tempi di crisi: punti di vista euritmici attraverso i posizionamenti con l'Alter, p. 26-47, 2017.

ROMAIOLI, Diego; CONTARELLO, Alberta. Redefining agency in late life: The concept of 'disponibility'. Ageing & Society, v. 39, n. 1, p. 194-216, 2019.

TSE, Lao. Tao te ching. Mauad Editora Ltda, 2011.

TULLE, Emmanuelle (Ed.). Old age and agency. Nova Publishers, 2004.

TURA, Luiz Fernando Rangel; SILVA, Antonia Oliveira. Envelhecimento e representações sociais. In: Envelhecimento e representações sociais. 2012. p. 315-315.

WACHELKE, João; CONTARELLO, Alberta. Italian students' social representation on aging: an exploratory study of a representational system. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 24, p. 551-560, 2011.

WALKER, Alan. A strategy for active ageing. International social security review, v. 55, n. 1, p. 121-139, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Active ageing: A policy framework. World Health Organization, 2002.

CAPÍTULO 4

AGEING AND PHYSICAL ACTIVITY: A LITERATURE REVIEW¹

Ana Pereira
Rui Bessa
Célia Soares
Luís Leitão
Jorge Soares

INTRODUCTION

The older population has been increasing worldwide. This demographic trend has led to a growing concern about the phenomenon and its societal consequences. Even if the average life expectancy has been increasing, this pattern may not reflect improvements in the quality of life of older people and it can be associated with an increase of disease and dependence. Ageing is a continuous process marked by a decrease in motor and cognitive abilities, reducing functional capacity to perform daily activities and with impact in the maintenance of healthy lifestyles.

It has been shown that the adoption of a sedentary lifestyle plays a relevant role in the progression of functional decline. Regular practice of physical activity has been widely recommended for the older population, due to its numerous benefits. These benefits are associated with an improved functional and cognitive capacity, promoting longevity with functional independence. Physical exercise programs have been referred to be safe and represent an effective strategy to combat decline in physical fitness and to improve overall quality of life.

¹ DOI; 10.5281/zenodo.7675717

This literature review reports the concept of ageing, demographic ageing, biological and psychological ageing, the concept of frailty and how this influences neuromuscular and cognitive decline, total physical fitness and the consequences of institutionalisation. Also, we approach some barriers to the performance of physical activity and how these may constrain the benefits of regular physical activity.

Demographic ageing

Demographic ageing has become an increasingly global phenomenon, both in developed and developing societies (WHO, 2010), leading to several challenges at the political, economic and societal levels (WHO, 2005). The number of people aged 65 and over will increase in the coming years, from 690 million in 2010 to 1.5 to 2 billion by 2050 (SCHAAP; KOSTER; VISSER, 2013), and the number of people aged 80 and over can be more than tripled, reaching 392 million by 2050 (INE, 2015). At 65, men can expect to live 17.58 years and women 20.88 years more, representing gains of 1.23 and 1.18 years respectively in the last ten years (INE, 2019). This phenomenon is mainly due to the falling birth rate, the continuous increase in average life expectancy and moderate migratory balances, having a direct impact on the age structure of the population.

Socio-economic development, reduction in environmental pollution levels, drug and tobacco consumption and healthier lifestyles such as having a balanced diet and doing regular physical activity (BOYLE *et al.*, 2007; SPIRDUSO, 2005) can also be associated with increased longevity.

This perspective of living more years is sometimes associated with an increase of disease, dependence, and a decline in physical fitness and quality of life, most probably resulting in increased health care costs for society (SCHAAP *et al.*, 2013). It's also expected a growing number

of individuals without autonomy, who will be dependent on social and family support (CABRAL; FERREIRA, 2013). These factors may have cultural and epidemiological consequences in the future, thus it's necessary to find strategies that may slow down this progressive degeneration, reducing the impact of both social and economic position.

Ageing and older people

It's a fact that the world population is ageing, reflected not only in the average life expectancy but also in the proportion of older people. This trend is particularly evident in developed countries, where the improvement of hygienic and sanitary conditions, the scientific progress and medicine have given a new prospect to modern population (SPIRDUSO, 2005).

Ageing is understood as a procedure that involves a life cycle from birth to death, bringing with it changes in physiological, psychological and social factors specific to each individual, influenced by genetic, environmental and lifestyle factors, which interact with each other (FINKEL *et al.*, 2003). These factors cannot be dissociated, and their combination can influence the future health status of an older person.

All daily life activities performed by older people, such as getting up from a chair or getting dressed, require a minimum level of muscle strength, coordination, flexibility and balance (SPIRDUSO, 2005). Thus, one major priority is the maintenance of skills that allow older people to perform these activities independently.

Functional activity is closely associated to a positive motor and cognitive performance and regular practice of physical activity is fundamental for the improvement and perseverance of these abilities. In fact, physical activity seems to be the main strategy to prevent functional decline.

Biological, Psychological and Social Ageing

Third age begins between the ages of 60 and 65, however the ageing process depends on chronological age, but also on biological, psychological and social factors (CANCELA, 2008; MATSUDO, 2008).

Biological age is related to the organic ageing, characterized by the modification and decrease of the functioning of each organic system; the psychological age includes intelligence, memory and motivations, and refers to the behavioural competences used by individuals to adapt to the challenges coming from their environments; and the social age, refers to the social roles, the habits in relation to the society, that are somehow determined by the culture in which the person is inserted.

Biological ageing reflects an increasing vulnerability of the organism influenced by intrinsic and extrinsic factors, referring mainly to the functioning of the vital systems. These factors are especially important due to their control over the capacity of resistance to stress, affecting the maintenance of the homeostatic process. There is a gradual loss of cellular functions in ageing, causing changes in different systems: tegumentary, musculoskeletal, nervous, sensory, endocrine, cardiovascular, immunological, respiratory, digestive and urinary (VANDERVOORT, 2002).

Several theories explain the ageing process at a biological level, which can be separated in two categories, the genetic and the stochastic. The genetic theories give relevance to the role of genes in ageing, namely the Cell Ageing Theory, Theory of Telomeres, Theory of the Speed of Life, Neuro-Endocrine Theory, Intrinsic Mutagenesis Theory and Immunological Theory. The stochastic theories, on the other hand, state that in physiological and functional decline, the accumulation of molecular injuries assume great relevance, namely the Theory of Caloric Restriction, Theory of Somatic Mutation, DNA Repair Theory, Theory

of Error or Error-Catram, Theory of Bond Breaking, Glycolization Theory and the Oxidative Stress Theory.

Psychological ageing is defined by the individual ability to self-regulate and make decisions during the ageing process. This reflects the integration of cognitive aspects that result from personal experiences and life cycle relationships (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2001). It is also influenced by biological and social factors, where cognitive capacities are involved, referring to the psychological dimensions, which includes feelings, cognition, motivations, memory, intelligence and other competences that sustain personal control and self-esteem (FONSECA, 2004).

Psychological ageing can have a negative impact in old age, such as: difficulty in adapting to new roles, lack of motivation and difficulty in planning the future, difficulty to adapt to organic, affective and social losses, difficulty in adapting to rapid changes, which can have dramatic effects on older people and may result in psychic changes that require treatment, such as depression, hypochondria, paranoia, suicides and low self-esteem. Indeed, the psychological well-being is directly related to the possibility of maintaining autonomy and independence. In fact, physical decline is often misunderstood and confused with having difficulties to make decisions, and sometimes can lead to the exclusion of older people from situations, thus taking away freedom and the ability to choose.

Social ageing reflects the expectations of societies towards old age and older people. It refers to the specific set of social roles that individuals adopt in relation to other members of society in a given cultural context; old age is judged based on behaviours, habits, interpersonal relationship styles, among others (FONSECA, 2004). Thus, new positions, opportunities or restrictions can be attributed (ATCHLEY; BARUSCH, 2004), which may contribute to the emergence of an identity crisis and a decrease in self-esteem.

When considering human ageing, it is important to distinguish between what is the consequence of this natural process and what is caused by pathological processes. From this distinction emerges the distinction between primary and secondary ageing.

Primary and secondary ageing

Primary ageing refers to a universal, biological and inexorable process present in all individuals, genetically determined or pre-programmed, resulting from the sum of organic, functional, morphological, social and psychological changes proper to normal ageing. During this process, the capacity to maintain homeostasis decreases and the risk of vulnerability increases. Consequently, weakness in bone mass, menopause, decrease in walking speed, loss of strength and/or decrease in balance may occur (ABREU, 2010).

Secondary ageing is associated with health behaviours and physical changes that result from pathological processes or other common factors age-related. Although with different causes, these two types of ageing do not occur independently, there is a strong interaction between them. Finally, tertiary ageing traduces the rapid losses that have impact on the individual before death (ABREU, 2010).

Frailty

Ageing is a multifactorial process resulting in molecular, cellular and tissue damage, leading to reduced functional capacity, with different pathophysiological consequences and various clinical phenotypes (CORBI *et al.*, 2012).

Frailty was a term used in medical literature in the 1970s, and has received increasing attention in research and practice due to its predictive role towards adverse outcomes in older people, such as falls, disabilities, functional and cognitive decline, hospitalization, institutionalization, and mortality (MILTE; CROTTY, 2014). This can be considered a multi-dimensional syndrome where an increased vulnerability to inadequate resolution or replacement of homeostasis after a stressful event happens (FRIED *et al.*, 2001), and which may involve biological, physical, cognitive, social, economic and environmental factors. When an older person has advanced levels of frailty, this situation is easily recognized as it interferes with daily routine and may come close to a state of disability (BAUER; SIEBER, 2008), long-term care dependency, or even death (ZECH *et al.*, 2012).

Moreover, frailty is higher among those with chronic conditions, such as heart failure, myocardial infarction, peripheral vascular diseases, diabetes and hypertension, renal failure, cancer, among others (MILTE; CROTTY, 2014). However, frailty does not exist in the absence of chronic disease, meaning that if no chronic comorbidity is known when frailty is diagnosed, a subclinical or undiagnosed disease may be present (BERGMAN *et al.*, 2007).

This syndrome is strongly associated with sarcopenia, along with infiltration of musculoskeletal fat, which is associated with an increased risk of losing independence, walking disability and hip fracture in the older people (CADORE *et al.*, 2014).

Matsudo, Matsudo, Barros Neto, and Araújo (2003) have defined sarcopenia as a generic term indicating the loss of muscle mass, strength and muscle quality, having a significant impact on public health (EVAN; CAMPBELL, 1993; TAYLOR; JOHNSON, 2008). Although sarcopenia and frailty are considered highly distinct entities in terms of functionality

and independence in older people, there is a significant relationship between them, as more fragile people sometimes have sarcopenia, and some with sarcopenia may also be fragile (BAUER; SIEBER, 2008). Declining motor function, including lower levels of strength and muscle mass, and reduced walking speed are regular consequences of ageing and are commonly included under the heading of sarcopenia or frailty (BOYLE *et al.*, 2007; KHEZRIAN *et al.*, 2017)

In its multidimensional facet, frailty is related to physical weakness, mental problems and social isolation (KATZ *et al.*, 1963; TOBA, 2012). The concept also covers psychological and social dimensions, including cognitive function, mood, social support and environmental factors (LANDI *et al.*, 2010). In fact, many authors consider that cognitive function and mood should be present in the evaluation of frailty syndrome due to its association with accentuate decline in functional health and higher risks of institutionalization and death (LANDI *et al.*, 2010). Cognitive and emotional decline resulting from ageing are often identified in frail people, even if most of the assessment tools only determine physical declines as an indirect measure of frailty (KHEZRIAN *et al.*, 2017).

The manifestations of an ageing brain, including cognitive and emotional impairment, may influence the physical capacity of older people. It is well recognized that mood changes are associated with reduced physical activity, increased sarcopenia, and consequently, increased prevalence of frailty. There is also growing evidence of a strong association between cognitive decline and physical frailty with subcellular pathophysiology, which increases vulnerability and may cause adverse outcomes in older ages (KHEZRIAN *et al.*, 2017).

Older people with cognitive impairment seem to be more vulnerable to frailty syndrome, either by cognitive impairment influencing physical health or by a shared etiological factor (MILTE; CROTTY, 2014). This

decline in cognitive function over time seems to be more severe in fragile individuals when compared with non-fragile people, which can severely impact on physical fitness components, such as changes in walking speed and muscle weakness. The latter are associated with frailty and cognitive impairment (CADORE *et al.*, 2014). In fact, physical, cognitive and emotional decline plays a significant role in the lack of independence of older people, and as such, assessing these variables may be a starting point to identify the actual condition of the older person (FERRUCCI *et al.*, 2002; KHEZRAN *et al.*, 2017).

Some approaches have been presented in an attempt to give a phenotype definition of frailty. Fried *et al.* (2001) consider that fragility has a major impact at the musculoskeletal level, having created a model that gives relevance to factors such as unintentional weight loss or loss of muscle mass (i.e., sarcopenia), muscle weakness/fatigue, low resistance or exhaustion/fatigue, slowness (low walking speed), and low physical activity levels. Some authors also suggest that components such as compromised neurological control (decreased ability to perform complex tasks), decreased mechanical performance (decreased strength levels), and impaired energy metabolism (e.g., decreased aerobic status due to heart or lung disease, or both) may be highly relevant in this assessment of older people (BUCHNER; WAGNER, 1992). In general terms, this syndrome may have several comprehensive factors, such as physical condition, cognitive function, mood and social support, that should be considered in the assessment of frailty levels in older age (ROLFSON *et al.*, 2006).

Physical decline remains one of the main predictive variables in the development of frailty, therefore, musculoskeletal conditions are important factors that need to be taken into consideration (MILTE; CROTTY, 2014). Similarly, cognitive impairment is referred to as a

high-validity indicator of frailty due to the high prevalence of cognitive dysfunction in the older population (ROTHMAN; LEO-SUMMERS; GILL, 2008).

There is a growing body of evidence indicating that the central core of the frailty syndrome may be motor organization, specifically of the musculoskeletal and nervous system, where neurological, morphological and functional changes occur, leading to a decline in strength, muscle mass and quality. On the other hand, we know today that physical decline in ageing is also associated with cognitive decline (KEYSOR, 2003).

Thus, physical exercise may represent a non-pharmacological relevant strategy to mitigate the effects of this syndrome in this population (FERREIRA *et al.*, 2018). As it has been shown, physical exercise is related to significant improvements in functional capacity, quality of life, reduction of falls, as well as in mental and emotional health.

Institutionalisation

The success of institutionalization will depend on multiple factors but mostly on the capacity of older people to become more responsible during the process, and on the change of mentalities of those responsible for institutions, recognizing older people as their partners. In short, viewing them as customers who have their own desires and ambitions. The institutionalization occurs when older people meet during the day, or part of it, in a certain institution.

There are several causes that can lead to institutionalization, depending mostly on physical, psychological, social and/or economic factors. Ageing increases the prevalence of pathological entities, which in turn accelerate the probability of dependence, causing limitations to perform daily activities (COBO, 2014; EVANGELISTA *et al.*, 2014).

In addition, pathologies of physical and/or cognitive conditions, and the occurrence of situations such as widowhood, social isolation, lack of family support and economic resources, often lead older people to institutionalization.

The loss of independence in daily activities is strongly associated with the institutionalization of older people, and with this condition, a progressive decrease of opportunities can lead to dependency (COZZANI, 2000). Dependency is defined as a state in which a person is unable to perform tasks without the help of others. The limitations that exist can be physical, psychic or intellectual, and might be interpreted according to their particular consequences (MACIEL; GONÇALVES, 2010). These can reflect difficulties in functionality, activity restriction or social participation (WHO, 2008). Dependency is also associated to a loss of autonomy, which is defined as an individual ability to maintain the power of decision (OLIVA-MORENO *et al.*, 2011).

Mostly, institutionalization is marked by sedentarism, functional incapacity and family absence, increasing up to three times the risk of falls (WHO, 2008), which are the second cause of death by accident worldwide (WHO, 2010). Falls in the older population represent a major health problem, particularly in institutionalised situations, as approximately 30% to 50% of institutionalised older people fall every year, and 40% of them have recurrent falls (WHO, 2008).

Considering this reality, there is an urgent need to create new individual and collective challenges, in a preventive and health-promoting attitude throughout the life cycle (MENDES, 2009). It is important that institutions can guarantee daily stimulation of capabilities to older people, contributing to the maintenance of activity, autonomy and socialization with others (GONÇALVES *et al.*, 2010).

The risk of decline in functional capabilities is higher in institutions, since, among other factors, the levels of physical capacity are lower in institutionalised individuals (BASTONE ADE, 2004). Even if decline is an expected consequence of institutionalisation, systematized interventions, such as exercise programs in nursing homes, do not yet represent a usual procedure (GONÇALVES *et al.*, 2010; OLSEN *et al.*, 2015; PRETO *et al.*, 2016). This is explained by the lack of resources and by the accomplishment of some activities without functional intentionality (MATOS; MOURÃO; COELHO, 2016; PRETO *et al.*, 2016).

It is essential to implement appropriate and adequate exercise programs in nursing homes for the maintenance and/or recovery of a more active ageing process (GONÇALVES *et al.*, 2010). Decreased muscle strength, increased reaction time, decreased walking speed and balance are some of the factors that can lead to falls or other unwanted endings when stimulation through exercise is absent. Exercise can be seen as a fundamental strategy to overcome the sedentary lifestyle, chronic diseases, disabilities and inactivity that arise with modern life in this population. Regular exercise can minimize the physiological effects of a sedentary lifestyle and increase the average “active” life expectancy (life time with functional autonomy and ability to perform daily activities), limiting the development of chronic diseases and disabling conditions at the functional level (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009).

Jeon, *et al.* (2014) observed 70 seniors over 65 in a 12-week exercise program on falls prevention. The exercise program consisted of strength exercises, balance and educational parameters. The intervention group achieved significant improvements in the lower limbs and ankle strength, muscle resistance, dynamic balance, depression levels, falls prevention behaviours and fear of falling when compared to the control group.

Even if the goal was falls prevention, many physical and psychological components have also improved.

Lord *et al.* (2003) evaluated 551 elderly (62 to 95 years old) in 12 weeks of a multicomponent exercise intervention that included walking, balance and strength exercises. They observed a 22% decrease in falls among frail older people, and improvements in functional parameters, comparing to the control group.

Nevertheless, exercise also seem to show significant results in the cognitive level, when integrated into the daily life of this population (BEST *et al.*, 2015; VAUGHAN *et al.*, 2014). Thus, regular participation in exercise programs is a safe intervention for improving functional capacity and cognitive function associated with ageing processes (GONÇALVES *et al.*, 2010).

However, physical activity should be customised according to the specific needs of individuals, in order to optimize the benefits provided by physical activity adaptations.

Physical activity

During the ageing process it is necessary to adopt healthy lifestyles, which include the practice of physical activity. This practice benefits motor skills for performing daily activities and improves the sense of well-being and health perception, resulting in a good quality of life. Physical activity comprehends any body movement produced by muscle contraction resulting in an energetic expenditure above the baseline level. In the opposite direction, physical inactivity is pointed as the fourth mortality risk factor (WHO, 2007).

Barriers to physical activity

The decline in motor skills, may be more related to sedentarism than to the ageing process (BARATA; CARMO, 2003). The adoption of a sedentary lifestyle is very common in the older population. These behaviours arise naturally, due to the effect of secondary ageing, which can lead to inactivity, isolation, discouragement, limited choices, depreciation and/or social, structural or financial barriers (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009). Lower levels of physical activity potentiate the effects of (secondary) ageing and increase the risk of hypokinetic diseases, non-communicable diseases (type II diabetes, some types of cancer, and others) (CHERKAS *et al.*, 2008; SPIRDUSO, 2005), thus reducing the functional capacity and quality of life in older age.

This phenomenon may be due to several factors, namely the technological development that reinforced the experience of home leisure (e.g., television, video games and computer games), the growth of insecurity, the withdrawal of people from public spaces in urban centres and the lack of community leisure spaces and equipment that allow the practice of physical activity (MACIEL; GONÇALVES, 2010).

Physical activity initiated at later ages continues to show improvements in functional autonomy and reduced mortality, having a strong impact even when potential adverse risk factors such as smoking, hypertension, family history of hereditary diseases and obesity are present (LANDI *et al.*, 2010).

However, being physically active both at individual and/or community levels is influenced by micro and macro environmental factors (MACIEL, 2010). Macro environmental factors include socio-economic, cultural and environmental conditions, while the micro level environmental factors include the contexts of life of older people, as well as the support of social norms and local communities.

Although the environment is an influential key in physical activity levels, some psychosocial factors influence people's decisions about lifestyle and choices related to healthy or risky behaviours. These psychosocial factors are classified as positive or facilitators, and negative or barriers (MACIEL; GONÇALVES, 2010; MAZO *et al.*, 2008). The factors classified as positive are associated with the beliefs in one's own ability to be active, intention to exercise, pleasure in exercise, perceived level of health and physical fitness, self-motivation, social support and perceived benefits (MACIEL; GONÇALVES, 2010; MAZO *et al.*, 2008).

The barriers are related to: perceptions of lack of time or doubts about physical condition, feeling tired, fear of death, impairment in physical abilities, not having sufficient health or having associated diseases and lack of social support (MACIEL, 2010; MAZO *et al.*, 2008).

The inherent risks of sedentarism should be the real concern for the older population. Adherence to exercise programs is central to improve new life opportunities and quality of life. There seems to be a relationship between barriers, and adherence to the practice of any type of physical activity, something that exercise professionals should consider in any type of prescription for this population.

Benefits of physical activity

Physical activity seems to be an effective tool to improve health and functionality in physically fragile populations, and given its clinical applications, exercise interventions should receive more attention and priority in public health (IZQUIERDO *et al.*, 2017). The available epidemiological evidence strongly suggests an inverse association between physical activity, morbidity and mortality from chronic non-communicable diseases (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009; MATSUDO, 2008)

Regular physical activity can play a substantial role in reducing age-related decline in health condition (NIED; FRANKLIN, 2002). Maintaining adequate physical function in older old age is of great importance for preventing weakness and loss of independence (RIKLI; JONES, 1999). The loss of functional fitness in the final years of life is mainly related to physical inactivity, however the implementation of adequate exercise programs can have a positive impact in ageing processes, considering the person's current state of health, risk factors for chronic diseases, behavioural characteristics, personal goals, needs, and contexts of life (FIATARONE SINGH; BAKER; ATLANTIS, 2007; HAKKINEN *et al.*, 1998). Thus, the development of effective interventions to improve performance in daily activities is essential in the course of ageing.

Physical exercise is defined by planned, organized, and repeated body movements aimed at maintaining or improving one or more physical fitness components (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). It contributes to healthy ageing and older people are the age group that benefits most from regular practice of physical exercise, especially when they are sedentary. It also plays an essential role in the treatment and prevention of age-related chronic and degenerative diseases, and in mitigating age-related changes (CORBI *et al.*, 2012). In this specific population, adherence to physical exercise is associated with the improvement of multiple dimensions of quality life, not only physical and cognitive, but also emotional and social aspects (CHEN, 2012).

Older people who practice meaningful activities (aerobic, strength, dance, body and mind activities, swimming) create close relationships and feel happier (SIMÕES, 2005), have better adherence to physical exercise, since this seems to be a difficult task, considering that about 50% of the elderly who start an exercise program tend to abandon or give up in the first 6 months (DISHMAN; SALLIS; ORENSTEIN, 1994).

These individuals feel safer, facilitating social and cultural integration, bringing a feeling of security and autonomy allied to a good physical capacity, better self-esteem and body image, better mood and decreased insomnia (MATSUDO, 2008).

A physically active individual with some mobility and motor skills will have a positive perception of his quality life compared to a subject with functional limitations (REJESKI; MIHALKO, 2001). Being physically active and able to achieve small daily goals has a positive effect on what the person feels, on their self-evaluation and on the perception that others have of them. Besides, the interaction and socialization among the older people, the feeling of accomplishment of the proposed activities is also one of the positive experiences reported by participants in exercise programs (CORDEIRO *et al.*, 2014). According to Spirduso (2005) the maintenance of an active lifestyle that allows the performance of daily tasks without fatigue seems to be related to the perception of a good quality life.

Participation in regular exercise programs can change this panorama of sedentarism, continuous loss of functional capacity and precipitation of morbidity in older people, as exercise will lead to a significant increase in the time in which they can maintain an independent lifestyle. In addition, it is known that the contraindications for practice are very few, when adapted in a conscious and appropriate way for each individual. Promoting exercise for the older people should be encouraged by all health and exercise professionals, who should try to reduce barriers. Prescriptions should be focused on personal characteristics of older people to foster motivation, social integration, and increase physically active status.

Considering exercise prescription, the focus should be on regularity. This need arises from the fact that the exercise induces from small adaptive

responses of the organism to successive stimulus. Therefore, seasonal or sporadic practice of exercise is not recommended because the pauses between sessions is too long, which can reduce the emergence of cumulative responses. This practice is also associated to risks, because the individual will never be prepared for a regular effort (BARATA, 1997).

Exercise prescription should take into consideration the current physical and psychological condition, the state of health, risk factors for chronic diseases, behavioural characteristics, personal goals and exercise preferences. It should be adapted to people's idiosyncrasies, providing physical and psychological well-being and promoting a sense of integration in a group.

It is essential to encourage the practice of adequate and regular physical activity in order to provide a satisfactory degree of health and vitality. Thus, the idea that older people should be protected and abstained from any kind of movement should be deconstructed. Maintaining regular physical activity brings health benefits and helps to establish a new routine by creating a social activity.

Physical fitness

Ageing and physical fitness are inversely related. Ageing brings a greater predisposition to become less active, thus decreasing tolerance to physical effort and causing decline in the capacity of older people. And this is one of the most determining factors for their dependency (TRIBESS; VIRTUOSO, 2005)

Physical fitness can be defined as a dynamic state of energy and vitality that allows everyone, not only to perform their daily activities, but also to demonstrate lower risk of developing diseases or chronic-degenerative conditions, associated with low levels of physical activity. Taking

into account that the motor competence of older people is essential for the maintenance of their quality life, the concept of “functional capacity” can be defined as the capacity for the independent execution of daily activities, such as getting up from the chair, shifting obstacles, moving around the house, climbing steps, among others, without excessive fatigue (RIKLI; JONES, 2013). Physical fitness is categorized in the health-related component, where parameters such as cardiorespiratory resistance, flexibility, strength and muscle resistance are integrated (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009).

Evaluating physical condition before joining an exercise program is extremely important, not only to observe the real individual needs in the initial phase, but also to monitor the changes that occur during the program and adjust when necessary. Thus, physical fitness assessments provide measures of the current functional status, which can be used as a tool for initial guidance for professionals to intervene in the most appropriate way and to avoid or minimize the expected decline in older age. The observation of this decline in one or more fitness variables, may allow for a more adequate and effective planning of exercise programs, since physiological decline, especially associated with physical inactivity, may be modified through previous evaluations and interventions (RIKLI; JONES, 1999).

Assessment of Physical Fitness

Rikli and Jones (1999) developed a battery of tests to evaluate the functional capacity of older people. This battery of tests has normative values by age groups and sex. This battery requires a minimal space and equipment and can be applied to individuals with good or weak physical fitness.

Another tool for assessment is the Senior Fitness Test, which is associated to functional capacity in independent seniors aged between 60 to 90 years or older (RIKLI; JONES, 2013).

This battery includes tests related to aerobic fitness, upper and lower limb strength and flexibility, and agility/dynamic balance, considered essential for an older person's physical fitness (RIKLI; JONES, 2013; SPIRDUSO, 2005). However, physical fitness is not determined entirely by physical activity, there are other factors that interact significantly in this process. Thus, in an initial assessment it should be taken into account (RIKLI; JONES, 2013) that these factors have genetic condition, age, race, the individual social level and the current level of physical fitness.

The functional fitness capacity assessment forms the basis for developing an adequate exercise prescription because the functional independence in older age depends directly on the level of this variable (SPIRDUSO, 2005).

Conclusion

The practice of regular physical exercise in older people is a current problem that should receive more attention and needs greater intervention. It is of utmost relevance to develop different approaches to exercise programmes in the near future, to demonstrate how this population can achieve significant improvements in their lives when they participate in this type of interventions.

Multicomponent exercise interventions may have a high potential for institutionalized older people. Besides, it is necessary to perform an evaluation of the health and functional condition of individuals before the implementation of such programs. Systematized interventions in

nursing homes should begin to represent a usual procedure to improve the quality of life in older ages.

References

ABREU, Andreia Crisália Freitas. Dar vida aos anos e anos à vida: a prática do exercício físico pela população com mais de 65 anos na cidade de Lisboa. 2010. Tese de Doutorado. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

CHODZKO-ZAJKO, Wojtek J. *et al.* Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & science in sports & exercise*, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

ATCHLEY, R.; BARUSCH, A. The scope of social gerontology. Social forces and aging: an introduction to social gerontology (10th ed). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, v. 2, p. 23, 2004.

BARATA, José Luís Temudo; CARMO, Isabel. Mexa-se... pela sua saúde: guia prático de actividade física e de emagrecimento para todos. 2003.

BASTONE, Alessandra de Carvalho *et al.* Effect of an exercise program on functional performance of institutionalized elderly. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, v. 41, n. 5, 2004.

BAUER, Juergen M.; SIEBER, Cornell C. Sarcopenia and frailty: a clinician's controversial point of view. *Experimental gerontology*, v. 43, n. 7, p. 674-678, 2008.

BERGMAN, Howard *et al.* Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 62, n. 7, p. 731-737, 2007.

BEST, John R. *et al.* Long-term effects of resistance exercise training on cognition and brain volume in older women: results from a randomized controlled trial. *Journal of the international neuropsychological society*, v. 21, n. 10, p. 745-756, 2015.

BOYLE, Patricia A. *et al.* Physical activity is associated with incident disability in community-based older persons. *Journal of the American geriatrics society*, v. 55, n. 2, p. 195-201, 2007.

BUCHNER, David M.; WAGNER, Edward H. Preventing frail health. *Clinics in geriatric medicine*, v. 8, n. 1, p. 1-18, 1992.

CABRAL, Manuel Villaverde *et al.* Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. 2013.

CADORE, Eduardo L. *et al.* Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. *Age*, v. 36, n. 2, p. 773-785, 2014.

CASPERSEN, Carl J.; POWELL, Kenneth E.; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, v. 100, n. 2, p. 126, 1985.

CHERKAS, Lynn F. *et al.* The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. *Archives of internal medicine*, v. 168, n. 2, p. 154-158, 2008.

COBO, Carmen María Sarabia. The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 1013-1019, 2014.

CORBI, Graziamaria *et al.* Is physical activity able to modify oxidative damage in cardiovascular aging?. *Oxidative medicine and cellular longevity*, v. 2012, 2012.

CORDEIRO, Juliana *et al.* Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, p. 541-552, 2014.

COZZANI, Márcia. Mobilidade de Indivíduos Idosos: Impacto da Institucionalização. Uma Revisão de Literatura. *Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, v. 5, n. 1, 2000.

DISHMAN, Rod K.; SALLIS, James F.; ORENSTEIN, Diane R. The determinants of physical activity and exercise. *Public health reports*, v. 100, n. 2, p. 158, 1985.

EVANGELISTA, Renata Alessandra *et al.* Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 81-86, 2014.

EVANS, William J.; CAMPBELL, Wayne W. Sarcopenia and age-related changes in body composition and functional capacity. *The Journal of nutrition*, v. 123, n. 2 Suppl, p. 465-468, 1993.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista brasileira de medicina do esporte*, v. 8, p. 129-138, 2002.

- FERREIRA, Cristiane Batisti *et al.* Effects of a 12-week exercise training program on physical function in institutionalized frail elderly. *Journal of Aging Research*, v. 2018, 2018.
- FERRUCCI, L. *et al.* Biomarkers of frailty in older persons. *Journal of endocrinological investigation*, v. 25, n. 10 Suppl, p. 10-15, 2002.
- BAKER, Michael K.; ATLANTIS, Evan; FIATARONE SINGH, Maria A. Multi-modal exercise programs for older adults. *Age and ageing*, v. 36, n. 4, p. 375-381, 2007.
- FINKEL, Deborah *et al.* Genetic and environmental influences on decline in biobehavioral markers of aging. *Behavior Genetics*, v. 33, n. 2, p. 107-123, 2003.
- FONSECA, António Manuel. O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Universidade Católica Editora, 2006.
- FRIED, Linda P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 56, n. 3, p. M146-M157, 2001.
- GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase *et al.* O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, p. 1738-1746, 2010.
- HAKKINEN, K. *et al.* Changes in agonist-antagonist EMG, muscle CSA, and force during strength training in middle-aged and older people. *Journal of applied physiology*, v. 84, n. 4, p. 1341-1349, 1998.
- INE. Dia Mundial da População–Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia, 2015.
- INE. Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016–2018 - Esperança de vida atingiu 80,80 anos à nascença e 19,49 anos aos 65 anos, 2019.
- IZQUIERDO, Mikel *et al.* An example of cooperation for implementing programs associated with the promotion of exercise in the frail elderly. European Erasmus+«Vivifrail» program. *Revista espanola de geriatria y gerontologia*, v. 52, n. 2, p. 110-111, 2017.
- JEON, Mi Yang *et al.* Effects of a randomized controlled recurrent fall prevention program on risk factors for falls in frail elderly living at home in rural communities. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, v. 20, p. 2283, 2014.
- KATZ, Sidney *et al.* Studies of illness in the aged: the index of ADL: a

standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KEYSOR, Julie J. Does late-life physical activity or exercise prevent or minimize disablement?: a critical review of the scientific evidence. *American journal of preventive medicine*, v. 25, n. 3, p. 129-136, 2003.

KHEZRIAN, Mina *et al.* A review of frailty syndrome and its physical, cognitive and emotional domains in the elderly. *Geriatrics*, v. 2, n. 4, p. 36, 2017.

LANDI, Francesco *et al.* Moving against frailty: does physical activity matter?. *Biogerontology*, v. 11, n. 5, p. 537-545, 2010.

LORD, Stephen R. *et al.* The effect of group exercise on physical functioning and falls in frail older people living in retirement villages: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 51, n. 12, p. 1685-1692, 2003.

MACIE, L.; GONÇALVES, Marcos. Atividade Física e funcionalidade do idoso Motriz. *Journal of Physical Education*, p. 1024-1032, 2010.

MATOS, Ana Isabel Pinto; MOURÃO, Isabel; COELHO, Eduarda. Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motricidade*, v. 12, n. 2, p. 38-47, 2016.

MATSUDO, Sandra Mahecha. Physical Activity and Healthy Aging. *Physical Activity and Sports Medicine*, 13(3), 142-147, 2008.

MATSUDO, Sandra Mahecha *et al.* Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. *Revista brasileira de medicina do esporte*, v. 9, p. 365-376, 2003.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, Marize Amorim; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo. Atividade física eo idoso: concepção gerontológica. Sulina, 2001.

MAZO, Giovana Z. *et al.* Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. *revista portuguesa de ciências do desporto*, v. 8, n. 3, 2008.

MENDES, R. *et al.* A prática de exercício na saúde de idoso: Prevenção e Reabilitação Ativa com Exercícios, Idoso e qualidade de Vida. Cruz- Quebra: Editora FMH, 2009.

MILTE, Rachel; CROTTY, Maria. Musculoskeletal health, frailty and functional decline. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, v. 28, n. 3, p.

395-410, 2014.

NIED, Robert J.; FRANKLIN, Barry A. Promoção e prescrição de exercícios para idosos. Médico de família americano , v. 65, n. 3, pág. 419, 2002.

OLIVA, Juan *et al.* Challenges in the autonomy and provision of dependency care in the elderly. Summary. Gaceta sanitaria, v. 25, p. 1-4, 2011.

OLSEN, Cecilie Fromholt *et al.* Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia—a qualitative study. BMC health services research, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2015.

PRETO, Leonel *et al.* Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados. Revista de Enfermagem Referência, v. 4, n. 8, p. 55-63, 2016.

REJESKI, W. Jack; MIHALKO, Shannon L. Physical activity and quality of life in older adults. The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences, v. 56, n. suppl_2, p. 23-35, 2001.

RIKLI, Roberta E.; JONES, C. Jessie. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. Journal of aging and physical activity, v. 7, n. 2, p. 162-181, 1999.

RIKLI, Roberta E.; JONES, C. Jessie. Senior fitness test manual. Human kinetics, 2013.

ROLFSON, Darryl B. *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age and ageing, v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006.

ROTHMAN, Marc D.; LEO-SUMMERS, Linda; GILL, Thomas M. Prognostic significance of potential frailty criteria. Journal of the American Geriatrics Society, v. 56, n. 12, p. 2211-2216, 2008.

SCHAAP, Laura A.; KOSTER, Annemarie; VISSER, Marjolein. Adiposity, muscle mass, and muscle strength in relation to functional decline in older persons. Epidemiologic reviews, v. 35, n. 1, p. 51-65, 2013.

SIMÕES, António. Envelhecer bem?—Um modelo. Revista Portuguesa de Pedagogia, v. 39, n. 1, p. 217-227, 2005.

SPIRDUSO, Waneen Wyrick; FRANCIS, Karen L.; MACRAE, Priscilla G. Physical dimensions of aging. Champaign: Human kinetics, 1995.

TAYLOR, Albert W. (Ed.). Physiology of exercise and healthy aging. Human Kinetics, 2021.

TOBA, Kenji. Locomotive syndrome and frailty. Frail elderly. Clinical

calcium, v. 22, n. 4, p. 13-19, 2012.

TRIBESS, Sheilla. Prescrição de exercícios físicos para idosos. *Revista saúde. com*, v. 1, n. 2, p. 163-172, 2005.

VANDERVOORT, Anthony A. Aging of the human neuromuscular system. *Muscle & Nerve: Official Journal of the American Association of Electrodiagnostic Medicine*, v. 25, n. 1, p. 17-25, 2002.

VAUGHAN, Sue *et al.* The effects of multimodal exercise on cognitive and physical functioning and brain-derived neurotrophic factor in older women: a randomised controlled trial. *Age and ageing*, v. 43, n. 5, p. 623-629, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Envelhecimento ativo: uma política de saúde. In: *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. 2005. p. 60-60.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Steps to health: A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. AGEING; LIFE COURSE UNIT. WHO global report on falls prevention in older age. World Health Organization, 2008..

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization, 2010.

ZECH, Astrid *et al.* Residual effects of muscle strength and muscle power training and detraining on physical function in community-dwelling prefrail older adults: a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, v. 12, n. 1, p. 1-8, 2012.

CAPÍTULO 5

CONDIÇÕES DE SAÚDE E ATIVIDADES FÍSICAS DE PESSOAS IDOSAS

¹Sérgio Augusto S. Paredes Moreira
Luiz Fernando Rangel Tura

INTRODUÇÃO

O envelhecimento biológico, indissociável de uma diminuição da capacidade funcional, tem implicações na maioria dos órgãos e sistemas, nem sempre acompanhadas de sinais ou sintomas que as caracterize. Tais alterações podem ter um impacto significativo no desempenho das atividades diárias da pessoa idosa podendo comprometer a sua independência funcional (PEREIRA, 2012).

No campo da saúde, o prolongamento da vida fez surgirem dificuldades próprias do envelhecimento como o convívio com portadores das muitas doenças degenerativas que atingem os idosos, comumente caracterizadas pelo declínio cognitivo. Assim, o idoso tem sua imagem associada à decadência, à perda de habilidades cognitivas e de controles físicos e emocionais, fundamentos importantes da autonomia das pessoas. Várias doenças crônicas colocam os idosos em situação de dependência, demandando cuidados para os quais a família nem sempre está disponível. Nesse processo, o idoso ganha o *status* de objeto da técnica médica, que tende a tratar os processos biológicos do envelhecimento à parte de parâmetros culturais e sociais. Porém, as pessoas e instituições estão pouco preparadas para lidar com as questões sociais e psíquicas típicas

1 DOI; 10.5281/zenodo.7682567

dessa fase da vida, gerando um conjunto de sofrimentos socialmente impingidos aos idosos, destacando-se aí a violência, que aumenta muito em todo o mundo (VERAS, 2009).

O corpo quando envelhece sofre as ações de fatores externos como: sol, tipo de dieta, sedentarismo, poluição, mudanças de temperatura, entre outras; e há as influências intrínsecas, um código genético, que é individual e responsável pela longevidade do indivíduo; a união destes fatores faz com que haja uma heterogeneidade nas ocorrências do processo de envelhecimento (FRIES e PEREIRA, 2013).

Torna-se evidente que o passar do tempo gera uma série de mudanças biológicas, com limitações e reduções da capacidade funcional quando relacionadas às outras etapas da vida. O corpo humano não mais responde a situações diversas como antes, no início do ciclo vital, com suas células em constante processo de formação. Portanto, estão relacionadas ao processo de envelhecimento físico, as mudanças no corpo que incluem alterações moleculares e celulares nos principais órgãos e sistemas e mostram a habilidade do corpo para resistir às doenças e às condições do ambiente (RODRIGUES *et al.*, 2007).

O conjunto das alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos culmina com crescente dependência, que se traduz por uma ajuda indispensável para realização de atividades elementares da vida. Entretanto, a dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados.

No tocante a situação de coexistência de doenças sistêmicas e uso de diversos medicamentos predispõe a pessoa idosa a riscos de trauma, em especial, quando se utilizam determinados medicamentos como: antidepressivos, psicotrópicos, ansiolíticos e hipnóticos, sedativos, anti-hipertensivos, diuréticos, em virtude dos efeitos colaterais cumulativos

ou por interações com outras drogas causando, por exemplo, hipotensão ortostática (MELLO; KOIZUMI, 2004).

Caracteriza-se como atividade física qualquer movimento do corpo em decorrência da contração dos músculos esqueléticos realizada em diferentes locais como: trabalho; deslocando-se a pé ou de bicicleta; em atividades domésticas e de lazer. A atividade física de lazer envolve um componente da atividade física global, que corresponde à atividade física praticada durante o tempo livre, isto é, durante o tempo que não é de obrigações de trabalho ou do lar em que se pode praticar livremente estas atividades, incluindo exercícios e esportes, entre outras (ZAITUNE *et al.*, 2010).

Tais modificações têm se constituído num tema relevante quando estas são decorrentes de patologias, como artroses, osteoporose e demais doenças crônicas em que as condições de saúde desse grupo populacional são comprometidas. Daí o envelhecimento tem se caracterizado no campo de saúde, como um tema relevante tanto do ponto de vista social quanto acadêmico a ser pesquisado particularmente, quando se pensa na pessoa idosa funcionalmente independente. Associa-se a esta, a prática de exercícios físicos relacionados com a saúde e com o rendimento, que corresponde ao alcance dos possíveis movimentos de uma articulação, em que a flexibilidade é especificamente vinculada a cada articulação e depende de certo número de variáveis, como: elasticidade de tendões e ligamentos, onde os exercícios de flexibilidade melhoram a capacidade de uma articulação para atingir o máximo dos seus movimentos (PEREIRA, 2012).

Acredita-se que, ao se conhecer as condições de saúde de pessoas idosas, destacando-se as doenças autorreferidas e os tipos de atividades físicas realizadas em sua multidimensionalidade, é possível contribuir com informações úteis a serem incluídas em um plano de

cuidados para esta população. Possibilita também identificar os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e às peculiaridades da saúde e vida dessas pessoas para melhorar a sua qualidade de vida e oferecer um atendimento mais eficaz do ponto de vista preventivo.

A partir desta problemática, destaca-se a relevância em se investigar no âmbito do envelhecimento, as condições de saúde de pessoas idosas e a importância da prática de atividades físicas, como alternativa de intervenção para um envelhecimento ativo. Fazer um quadro comparativo entre idosos que realizam atividades físicas e os que não realizam é de relevância para o campo da gerontologia

Neste sentido questiona-se: qual a relação das doenças autorreferidas e as atividades físicas realizadas por idosos? Para responder tal questionamento este estudo tem o objetivo de relacionar as doenças autorreferidas e as condições de saúde de pessoas idosas diante das atividades físicas que informam praticar.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem quantitativa realizada em um município do nordeste brasileiro situada em uma região litorânea do Estado da Paraíba realizada com 480 idosos de 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos.

Considerou-se para este estudo as pessoas idosas que realizavam atividades físicas, em dois momentos distintos: antes da realização de atividades e após um período (seis meses dessas atividades).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista no domicílio, através de agendamento prévio por telefone com o idoso participante, segundo disponibilidade do dia e horário, com duração aproximadamente

de 60 minutos e um intervalo de 10 minutos para que ele não se cansasse ou quando fosse necessário.

Os dados obtidos das entrevistas foram organizados em dois bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento, utilizando o *software* SPSS 20.0. Os dados quantitativos foram analisados empregando-se a técnica de validação por dupla entrada (digitação) e com correção de possíveis inconsistências. Em seguida os foram importados para aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science for Windows*, versão 11.5 para análises estatísticas descritivas utilizando-se na análise bivariada, qui-quadrado (X²), considerando o nível de significância de 0,05.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Verificou-se entre os participantes (N=480), predominância da faixa etária entre 60 a 79 anos, sexo feminino (69,4%), casados/união estável (47,5%), com mais de 5 anos de estudo (59,0%) e com renda de até 2 salários mínimos (53,1%) como pode ser visto na Tabela 1.

Quanto à distribuição de atividades desenvolvidas pelos idosos, comparamos dois cenários, um antes da entrevista, ou seja, antes de 2011 e outro na ocasião da entrevista.

Verifica-se um aumento das atividades exclusivamente domésticas e uma diminuição da prática de atividades físicas associado a uma importante redução do trabalho remunerado, que caiu de 62,3% para 11,3%. A aposentadoria gera um prejuízo nos recursos financeiros, gerando impacto negativo na qualidade de vida dos idosos uma vez que a prática de atividades físicas promove a manutenção de um bom estado físico e mental (Tabela 1).

Tabela 1- Frequência e distribuição de atividades desenvolvidas pelos idosos antes das entrevistas.

	Antes da entrevista		Ocasião da entrevista	
	N	%	N	%
Apenas atividades domésticas				
Sim	249	51,9	273	56,9
Não	229	47,7	207	43,1
Não respondeu	2	0,4	-	-
Algum tipo de atividade física				
Sim	60	12,5	56	11,7
Não	417	86,9	422	87,9
Não respondeu	3	0,6	2	0,4
Trabalho voluntário				
Sim	30	6,3	30	6,3
Não	447	93,1	448	93,3
Não respondeu	3	0,6	2	0,4
Trabalho remunerado				
Sim	299	62,3	54	11,3
Não	180	37,5	424	88,3
Não respondeu	1	0,2	2	0,4
Outra atividade				
Sim	50	10,4	76	15,8
Não	425	88,5	400	83,3
Não respondeu	5	1,0	4	0,8
Total	480	100,0	480	100,0

Löllgen, Böckenhoff e Knapp (2009) abordam a questão da prática do exercício físico enfatizando as taxas de mortalidade para diferentes níveis e intensidade de atividade física, por obterem menor mortalidade os participantes ativos, em comparação com sedentários. Homens altamente ativos tiveram risco de mortalidade 22% inferior (RR=0.78; 95% CI: 0,72 a 0,84), enquanto as mulheres tiveram menos 31% (RR=0.69; 95% CI: 0,53 a 0,90), comparando com homens e mulheres ligeiramente ativos, respectivamente. Assim, como foi encontrado pelo referido autor associação semelhante e significativa entre a atividade física e a mortalidade por todas as causas em participantes mais velhos. A experiência de trabalho voluntário, não se caracterizou como atividade do cotidiano de mais de 93% dos idosos pesquisados.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos idosos antes da entrevista e por ocasião da entrevista, verificou-se que houve um aumento na realização exclusiva de atividades domésticas, redução da prática de atividades físicas e de trabalho remunerado (Tabela 1). A experiência de trabalho voluntário, não se caracterizou como atividade do cotidiano de mais de 93% dos idosos pesquisados.

Observa-se que a prática de atividade física se faz frequente nos idosos com melhor renda familiar, ou seja, maior que 2 salários. Na abordagem dos questionamentos sobre o estado da saúde física desses idosos—doenças autorreferidas—houve predominância da hipertensão arterial prevaleceu (59,5%), seguida das queixas visuais (42,9%), dores na coluna (42,2%), doenças inflamatória e degenerativa das articulações (30,6%) e osteoporose (23,3%) (Tabela 2).

Ao se associar os dados sociodemográficos com os relacionados à prática de atividade física, pode-se observar que os hábitos saudáveis são mais frequentes na faixa etária entre 60 a 69 anos, sexo feminino, entre os casados ou vivendo em união estável, com renda superior a 2 salários

mínimos e com tempo de escolaridade superior a 5 anos. A associação com a prática de exercícios físicos só foi significativa com a variáveis renda e anos de estudo (Tabela 3).

Tabela 2 - Frequência de doenças autorreferidas pelos idosos.

DOENÇAS	N	%
Ansiedade/transtorno do pânico (N=479)*		
Sim	73	15,2
Não	406	84,8
Artrite (reumatóide/osteoartrite/artrose) (N=477)*		
Sim	146	30,6
Não	331	69,4
Depressão (N=477)*		
Sim	51	10,7
Não	426	89,3
Doença cardíaca (N=478)*		
Sim	72	15,1
Não	406	84,9
Doença vascular periférica/varizes (N=479)*		
Sim	103	21,5
Não	376	78,5
Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose) (N=479)*		
Sim	30	6,3
Não	449	93,7
Hipertensão arterial (N=479)*		
Sim	285	59,5
Não	194	40,5
Incontinência urinária ou fecal (N=478)*		
Sim	49	10,3
Não	429	89,7
Osteoporose (N=476)*		

Sím	111	23,3
Não	365	76,7
Problemas de coluna (N=479)*		
Sím	202	42,2
Não	277	57,8
Visão prejudicada		
Sím	206	42,9
Não	267	55,6
Não respondeu	7	1,5
Audição prejudicada		
Sím	93	19,4
Não	387	80,6
Diabetes Mellitus		
Sím	110	22,9
Não	370	77,1

*Excluído a categorias de resposta sem valor estatisticamente significativo (N<5).

Tabela 3 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e a prática de atividade física.

Variáveis	Prática atividade física *		Total N(478)**	p
	Sím N(%)	Não N(%)		
Faixa etária				
60 a 69 anos	29 (15,3)	160 (84,7)	189	0,761
70 a 79 anos	17 (9,0)	172 (91,0)	189	
80 a 89 anos	10 (12,2)	72 (87,8)	82	
Acima de 90 anos	-	18 (100,0)	18	
Sexo				
Masculino	16 (10,9)	131(89,1)	147	0,707
Feminino	40 (12,1)	291 (87,9)	331	

Estado Civil				
Solteiro	5 (10,4)	43 (89,6)	48	
Casado	30 (13,2)	197 (86,9)	227	0,657
Viúvo	19 (11,7)	143 (88,3)	162	
Divorciado	1 (4,5)	21 (95,5)	22	
Separado	1 (5,3)	18 (94,7)	19	
Renda do idoso				
Menos de um salário mínimo	4 (6,2)	61 (93,8)	65	0,000
Até 2 salários mínimos	20 (7,9)	234 (92,1)	254	
Acima de 2 salários	32 (20,1)	127 (79,9)	159	
Anos de estudo				
Nunca frequentou	1 (1,7)	59 (98,3)	60	0,005
1 a 5 anos	12 (8,8)	125 (91,2)	137	
Mais de 5 anos	43 (15,3)	238 (84,7)	281	
Total	56 (11,7)	422 (88,3)	478	

*Dados referente a ocasião da entrevista.

**Excluídos dois questionários por falta de resposta ao quesito sobre prática de atividade física.

Este dado é importante uma vez que se espera que o grau de escolaridade possa favorecer o conhecimento da importância da atividade física uma vez ser conhecedor que a prática de atividade física regular beneficia a saúde, melhorando-a em vários aspectos como: textura e qualidade muscular, melhora do equilíbrio, diminuição dos níveis pressóricos, glicêmicos e do colesterol, melhora da qualidade óssea e auxilia em fatores psíquicos. Estes dados reforçam o impacto que a aposentadoria exerce sobre a qualidade da vida dos idosos, situação que repercute de maneira negativa para a prática de atividade física e consequentemente, hábitos de vida saudável. Na terceira idade os atos de promoção e manutenção da saúde se fazem necessários para

um envelhecimento bem-sucedido, com uma boa saúde física e mental, em concordância com outros estudos.

Salienta-se que a relação da atividade física e da aptidão fisiológica com a saúde e especificamente, com a saúde cardiovascular tem sido bastante estudada em várias outras populações. Um dos estudos mais notáveis foi conduzido com 17549 homens que entraram para o Harvard College entre 1916 e 1950. Responderam a um questionário sobre as suas características pessoais, estado de saúde e estilo de vida, hábitos como a atividade física anterior e atual ou como a participação no desporto universitário enquanto alunos na Universidade, tendo idades compreendidas entre 55-84 anos (USDHHS, 1996).

Ao analisar a associação entre doenças autorreferidas e a prática de atividade física, observa-se não ter havido evidência de significância estatística ($p \text{ valor} \geq 0,05$ para todas as variáveis analisadas) (Tabela 4). A título de informação, a probabilidade de desenvolver atividades físicas foi maior entre os idosos que referiram as doenças de aparelho locomotor. Verifica-se maior frequência de inativos entre os idosos com doenças cardíacas e vasculares. A Razão de Prevalência (RP) para estas duas morbidades foram inferiores a 1, o que pode sugerir que os idosos acometidos tenham mais restrições à prática de atividades físicas.

Kesaniemi et al (2001) assinalam que ao se analisar a relação entre a atividade física e os resultados na saúde há duas questões fundamentais que devem ser consideradas: o aumento do risco de efeitos adversos na saúde, à medida que aumenta o volume e a intensidade, em que os benefícios líquidos de maiores níveis de atividade podem não ser tão grandes como inicialmente esperados; e o nível global de atividade física, quer relacionado com as atividades diárias. Desta forma, pode ser problemático estimar o volume de atividade física necessário para reduzir os riscos da saúde a partir de dados produzidos por estudos antigos.

Tabela 4 - Associação entre doenças autorreferidas e a prática de atividade física.

Doenças autorreferidas	Desenvolve atividade física		Total N	Razão de Prevalência (IC95%)	p
	Sim N(%)	Não N(%)			
Artrite (reumatóide/osteoartrite/artrose)					
Sim	18 (12,7)	124(87,3)	142	1,12	0,666
Não	37(11,3)	291(88,7)	328	0,66; 1,9	
Doença Cardíaca					
Sim	6(8,3)	66(91,7)	72	0,68	0,334
Não	49(12,3)	349(87,7)	398	0,3; 1,52	
Osteoporose					
Sim	15(13,5)	96(86,5)	111	1,21	0,497
Não	40(11,2)	319(88,8)	359	0,7; 2,11	
Problemas de coluna					
Sim	26(13,3)	172(86,7)	198	1,23	0,411
Não	29(10,7)	243(89,3)	272	0,75; 2,02	
Hipertensão Arterial					
Sim	30(11,0)	250(89,0)	280	0,81	0,291
Não	25(13,0)	165(87,0)	190	0,49; 1,34	
Total	55(11,7)	415(88,3)	470		

É importante salientar que a atividade física realizada com regularidade é uma das principais bases para a manutenção da saúde, independente de idade associada a uma boa alimentação e um equilíbrio emocional. Para o idoso, inúmeras pesquisas têm apontado que a realização de atividades físicas regulares e recreativas e de lazer é fundamental para um bom desempenho físico deles. Além do ganho físico, a pessoa idosa obtém mais autoconfiança, com maior grau de satisfação e bem-estar, além da socialização e mudança no estilo de vida, contribuindo ainda

para que ele trabalhe suas limitações e potencialidades, procurando aceitar as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento.

Tais atividades devem ser organizadas considerando as suas particularidades e realizadas de forma gradual, de modo que a pessoa idosa se inserindo socialmente dando um caráter lúdico. A sua intensidade deve ser moderada e de baixo impacto, diversificada e que considere a memória e o seu nível de conhecimento acumulado para que possa compartilhar e reviver situações de forma prazerosas.

Estudo, realizado em um município da região sul do Brasil, evidenciou um número expressivo de quedas em idosos e das internações decorrentes destas a maioria das lesões registradas nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) correspondiam a traumatismos de membros inferiores, de coxa (62,5%) e de quadril (36%), de cabeça e pescoço (37,5%) e de outras localizações como tórax, abdome e múltiplos traumatismos (CAMPOS; TAVARES; LOBATO, 2005).

Nesse contexto, o conceito de envelhecimento está relacionado com as múltiplas mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Entretanto, é preciso atentar-se às mudanças que necessitam de atenção social e de saúde, pois se trata de uma fase que requer mais atenção e cuidados. Nesta fase da vida as morbidades mais evidentes são: os transtornos depressivos, cognitivos, fobias e por uso de álcool, agravados pela possibilidade do idoso tentar o suicídio e risco de desenvolver sintomas psiquiátricos induzidos por medicamentos. As perdas dos papéis sociais, diferentes formas de violência vivenciadas, morte de amigos e parentes, saúde em declínio, isolamento social, restrições financeiras, redução da capacidade de compreender e pensar de uma forma lógica, com prejuízo na memória que afeta a saúde sua saúde (VERAS, 2012).

Assim sendo, o envelhecimento é um desafio global e ocorre de forma desigual no Brasil, com variações regionais relacionadas com o

desenvolvimento socioeconômico: 12,7% no Sudeste; 12,3% no Sul; 10,5% no Nordeste, 9,5% no Centro-Oeste e 7,3% no Norte (COSTA; PORTO; SOARES, 2003; REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016). Estes dados evidenciam a heterogeneidade do envelhecimento populacional brasileiro, sendo relevante desenvolver pesquisas com o intuito de propor ações em saúde que atendam as especificidades de cada realidade social. Campos e Tavares (2005) identificaram que os idosos percebem a saúde, não apenas como ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social, destacando o aspecto econômico a ela relacionado. Os sujeitos referem que a espiritualidade e a religiosidade são importantes para manter uma vida feliz e saudável. Ainda assinalam que a satisfação desse grupo está mais relacionada à superação das dificuldades e dos obstáculos impostos do que a ausência deles (CHAVES; GIL, 2015; LUCCHETTI *et al.*, 2011).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa procurou identificar as doenças autorreferidas por pessoas idosas, a relação delas com as atividades realizadas e o impacto que podem produzir nas condições de saúde desse grupo.

No presente estudo, observou-se que associação entre doenças autorreferidas e a prática de atividades físicas, embora não tenha sido evidenciado significância estatística, para todas as variáveis analisadas, a probabilidade de desenvolver atividades físicas foi maior entre os idosos que refeririam doenças musculoesqueléticas. Foi observada maior frequência de inativos entre os idosos com doenças cardíacas e vasculares.

Quanto ao estado da saúde física, as doenças autorreferidas mais destacadas foram: hipertensão arterial sistêmica, seguido das queixas

visuais, dores na coluna, doenças inflamatória e degenerativa das articulações e osteoporose.

Com relação às atividades desenvolvidas, ao se comparar os dois cenários, verificou-se um aumento das atividades exclusivamente domésticas e uma diminuição da prática de atividades físicas associado a uma importante redução do trabalho remunerado, que caiu de 62,3% para 11,3%.

Acredita-se que este estudo deva ser realizado com uma amostra maior para se conhecer melhor a situação de funcionalidade de idosos de João Pessoa, assim como, sugere-se que estes resultados sejam usados pelos profissionais de saúde para contribuir na formação de profissionais de saúde preparados para avaliar o idoso na sua capacidade funcional, atender suas necessidades e elaborar planos que visem minimizar as incapacidades.

Recomendamos a realização de investigações referentes às atividades físicas para pessoas idosas centradas em atividades físicas de menor impacto capazes de minimizarem traumas em idosos, bem como enquanto estratégias para seu atendimento, visando minimizar a repercussão deste evento na capacidade funcional do idoso e, com isso, contribuir para a manutenção da qualidade de vida ao idoso.

Assim, conforme apresentado, pode-se inferir a importância da atividade física para pessoa idosa com o intuito de melhorar a capacidade funcional uma vez que esta pode ser influenciada por diversos fatores, em que o profissional ao oferecer ações de saúde e contribua nas políticas públicas com ênfase ações preventivas, incluindo o controle do ambiente do idoso de modo que seja permitido sua livre e segura circulação, controle das patologias de base, instrução a cuidadores e familiares, desenvolvimento e incentivo à participação do idoso em programas de atividade física.

Nota: Agradecimento especial a Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira pela orientação deste trabalho junto ao PPGENF/UFPB.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, FJR, TAVARES, R, & LOBATO, MF. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface*, v.9, n.16, p. 147-158, 2005.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidadereacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, 2015

FRIES, A.T.; PEREIRA, D. C. Teorias do envelhecimento humano. *Rev Cont & Saúde*. v. 11, n. 20, p. 507-14, 2013.

KESANIEMI AY, DANFORTH JR E, JENSEN MD, KOPELMAN PG, LEFEBVRE P, REEDER BA. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine and science in sports and exercise*. n. 33, p. 351-8, 2001.

LÖLLGEN H, BÖCKENHOFF A, & KNAPP G. Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *Int J Sports Med*. v.30, n.3, p. 213-24, 2009.

LUCCHETTI, G. *et al.* O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.

MELLO, JMHP, KOIZUMI, MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev. bras. epidemiol.* v. 7, n.2, p. 228-238, 2004.

PEREIRA, FERNANDO (Org.) *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicossoma, 2012.

REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, V. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. *Saúde. BNDES, Setorial 44*, p. 87-124, 2016.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, v.43, n.3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado

para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 8, p. 1606-1618, 2010.

CAPÍTULO 6

QUEDAS EM IDOSOS E FATORES DE RISCO¹

Maria das Graças Duarte Miguel
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi
Karoline de Lima Alves

INTRODUÇÃO

A ocorrência de quedas está entre os acidentes mais frequentes relacionados à população idosa e representa a principal causa de morte acidental em indivíduos acima de 65 anos, constituindo um alto índice de óbito. De acordo com o estudo acerca da Segurança no Domicílio dos Idosos, a prevalência de quedas nos últimos anos, na população acima de 65 anos, é de 14,7%, sendo esta uma ocorrência evitável, que pode ser prevenida (MARTÍN *et al.*, 2010).

Nesse sentido, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde em 2004, relata a necessidade de desenvolvimento de estratégias, produtos e intervenções voltadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde acerca da segurança do paciente, que visem promover a diminuição da ocorrência de fenômenos adversos na atenção à saúde (OMS, 2010).

A alteração fisiológica durante o processo do envelhecimento necessita de um cuidado diferenciado, pois resulta em mudanças nos sistemas do corpo humano. Um deles, o sistema musculoesquelético sofre diversas alterações, como a diminuição das fibras musculares, da massa e da força

1 DOI; 10.5281/zenodo.7682632

muscular, reduzindo o desempenho físico e motor desses indivíduos com o seu meio (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Considerando o exposto anteriormente, sabe-se que há uma relação entre a qualidade em saúde e as questões de segurança, constituindo um elemento crítico e princípio básico para a otimização do cuidado do paciente. Nessa perspectiva, estão sendo geradas, ao nível nacional e internacional, iniciativas visando a estimulação e a implementação de políticas e práticas direcionadas à garantia de uma assistência domiciliar mais eficaz para a pessoa idosa (GOMES, 2008).

Concernente a isto, uma das preocupações que devem estar inseridas nessas práticas é a diminuição da ocorrência de quedas em domicílio. A queda, apesar de ser um acontecimento frequente, principalmente na população idosa, que apresenta fragilidades decorrentes do processo normal de envelhecimento, pode ser definida como um evento não intencional, resultante da mudança da posição inicial do indivíduo para o mesmo nível ou a um nível inferior (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Nesse contexto, alguns eventos podem influenciar a ocorrência de quedas. Além dos fatores inerentes ao próprio indivíduo, existem àqueles extrínsecos, que estão relacionados, principalmente, ao ambiente físico, como a presença de tapetes, pisos escorregadios, terrenos acidentados, calçados mal projetados, que aumentam a probabilidade de escorregões, tropeços, erros de passos e trombadas (BORGES; MARINHO FILHO; MASCARENHAS, 2010).

Outro fator que contribui para o risco de quedas são as instabilidades posturais, que, durante o processo de envelhecimento, são marcadas pelo progressivo declínio do equilíbrio e pelas alterações biomecânicas e cinesiológicas da marcha. A perda da habilidade de equilíbrio é bastante presente entre os idosos e acarreta diversos problemas à sua qualidade

de vida e ao custo à sociedade, uma vez que a perda de equilíbrio é um elemento causador de quedas as quais, por vezes, originam internações. Além disso, o desequilíbrio também ocasiona outros sintomas como tonturas, vertigens, desvios de marcha e instabilidades (CRUZ; OLIVEIRA; MELO, 2010).

O risco de quedas em idoso é um grave problema de saúde pública. Desse modo, surge a incessante necessidade de lançar o olhar sobre tal problemática, considerando que é de suma importância que os cuidadores formais e informais de pessoas idosas se conscientizem sobre a necessidade de prevenção das quedas em domicílio, visando assim reduzir a incidência de problemas futuros na saúde do idoso, transtornos na família e a elevação dos gastos direcionados aos serviços de saúde.

A reserva funcional da pessoa idosa diminui com o passar dos anos de exposição aos fatores de risco para a saúde, causando danos crônicos e levando às incapacidades que conduzem a vulnerabilidade às doenças. Desta forma, gera-se a necessidade por recursos orçamentários destinados à saúde como: medicamentos, consultas médicas e internações hospitalares de longa duração, resultando, conseqüentemente, em maiores gastos do serviço público de saúde causando um grande impacto financeiro (ANTES *et al.*, 2013).

A capacidade funcional e a autonomia são pontos importantes relacionados à qualidade de vida da pessoa idosa. Estudo realizado por Nunes, Menezes e Alchieri (2010), mostrou que a perda da autonomia foi relacionada o fator mais relacionado à insatisfação, o que ressalta a importância do autocuidado e a independência nas Atividades da Vida Diária (AVD).

Diante desse contexto, a fisioterapia tem papel fundamental no que concerne às ações de prevenção de quedas, considerando que as intervenções fisioterapêuticas geram benefícios na qualidade de vida

e na funcionalidade da população idosa, melhorando a capacidade funcional, a amplitude de movimento, o aumento da força muscular, a velocidade da marcha e o equilíbrio trazendo, conseqüentemente, a minimização dos riscos de quedas e auxiliando na redução da sintomatologia, levando ao paciente um bem-estar físico e mental (AVEIRO, *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, este capítulo procura contribuir no campo da pesquisa e da assistência à pessoa idosa, fazendo um levantamento acerca da prevalência de quedas de pessoas idosas no ambiente domiciliar, apontando as possíveis causas e conseqüências, no intuito de elaborar um guia para a prevenção das quedas no domicílio, que representa o acidente doméstico mais frequente na população idosa com idade igual ou superior 60 anos.

Ante o exposto, tem-se como objetivo: identificar os casos de quedas em idosos atendidos em um ambulatório de fisioterapia e os fatores de risco associados.

Quedas e Envelhecimento: causas e medidas de prevenção

Com a maior longevidade, cresce também a preocupação para que a população idosa viva tal período da melhor maneira possível. Nessa fase da vida, a construção do ser humano passa por modificações funcionais e estruturais que reduzem a vitalidade e favorecem o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (BANKOFF *et al.*, 2006).

A problemática do envelhecimento populacional é um dos maiores desafios a serem superados nas próximas décadas. Há uma crescente necessidade de encontrar soluções para que a capacidade funcional seja otimizada, uma vez que, à medida que os anos passam, esta pode

regredir, comprometendo assim a autonomia do indivíduo, limitando sua independência física, mental e psicossocial (SILVA et al, 2013).

No envelhecimento, alguns distúrbios relacionados à postura e à marcha, podem provocar eventos não intencionais chamado de quedas, as quais advêm de modificações senescentes e senis, não favoráveis à permanência do corpo em posição ortostática. Além da alta mortalidade nos idosos frequentes de quedas, destacam-se, em consequências, a restrição ao leito, a incapacidade funcional, o isolamento social, a insegurança e o medo que se torna um mecanismo acumulativo e um efeito dominó levando o idoso a prejudicar a saúde e sua qualidade de vida (CABERLON, 2012).

O declínio do equilíbrio afeta a coordenação, a agilidade e a mobilidade do indivíduo, sendo este um fato de limitação que envolve a alteração vestibular, a sensorial, a proprioceptiva, a perda de força muscular e a rigidez. Estima-se que cerca de 30% da população idosa apresentem sintomas de desequilíbrio e que estes tendem a surgir em torno dos 65 anos. O risco de quedas é a consequência mais grave do desequilíbrio, uma vez que pode resultar em fraturas, internações e é responsável por 70% dos casos de mortes acidentais nesta população. Os distúrbios do desequilíbrio possuem grande efeito entre os idosos, diminuindo suas atividades da vida diária e ocasionando-lhes sofrimento (SACHETTI, et al, 2012).

Além do distúrbio do equilíbrio favorecer as quedas na população idosa, também podem acontecer no ato de caminhar. A velocidade da marcha é um dos aspectos de maior influência nos passos do movimento de andar da pessoa idosa, pois reduz de 12% a 16% por década, a partir dos 70 anos, contribuindo para a perda da capacidade funcional e da autonomia (BRANDALIZE et al, 2011).

Frente a isso, fazem-se imprescindíveis as ações que promovam ou a preservação ou recuperação da marcha e do equilíbrio da pessoa

idosa. Nesse sentido, a fisioterapia pode fornecer meios para retardar a instauração de incapacidades com o uso de suas modalidades terapêuticas implementando os recursos, técnicas específicas e orientações voltadas para a conscientização corporal, ampliando a mobilidade, equilíbrio e marcha, obedecendo aos limites e capacidades individuais (MACIEL; ARAÚJO, 2010).

Para isso, faz-se necessário o conhecimento das alterações físicas, assim como uma avaliação funcional do idoso, tanto em relação às alterações patológicas quanto nas repercussões psíquicas e orgânicas, para o posterior desenvolvimento de um plano de tratamento e prognóstico eficaz. A avaliação funcional do idoso é de grande importância para o fisioterapeuta, uma vez que a fisioterapia gerontológica tem como foco principal a promoção da saúde, mobilidade e autonomia do idoso para as atividades da vida diária por meio de práticas de prevenção, tratamento e reabilitação (SACHETTI et al, 2012).

O processo de envelhecimento naturalmente promove modificações no corpo. No caso do idoso, é comum identificar parâmetros reduzidos da massa muscular que restringem a força, assim como os de densidade óssea, que enfraquecem o componente esquelético do indivíduo, fragilizando-o (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

As quedas podem causar numerosas consequências para a vida da pessoa idosa, incluindo a mortalidade, a morbidade, as hospitalizações, as lesões teciduais e ósseas, as institucionalizações, as perdas funcionais e os elevados gastos de serviço social e de saúde. Além desses impactos diretos, as pessoas idosas tendem a restringir suas atividades de vida diária devido ao medo de cair, às dores ou, ainda, por atitudes protetoras tanto dos familiares como dos cuidadores. Estima-se que 60 a 70% das quedas em idosos ocorrem dentro de seus lares, e esta proporção pode aumentar com o passar da idade (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

A queda é um evento comum e muito temido pela maioria dos idosos, devido às consequências que podem acarretar, como declínio funcional, insegurança, isolamento social, levando à institucionalização e, muitas vezes, ao óbito. Ela pode ser definida como um evento não intencional, que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial. Eventos associados à perda de consciência, lesão cerebrovascular aguda, acidente de carro, atividade recreativa vigorosa ou violência frequentemente são excluídas da definição de quedas em idosos (NEVITT, 1997).

Com o aumento da população idosa, devido à maior expectativa de vida, a incidência de quedas tende a crescer e passar a ser mais preocupante em idosos acima de 80 anos, por serem eles mais frágeis e apresentarem maior risco de complicação nessa faixa etária (COSTA *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que, quando o episódio de queda ocorre na pessoa idosa, este é tido como fator normal do envelhecimento ou “acidentes inevitáveis”, o que contribui para que a prevenção, não seja uma prioridade nas agendas governamentais e haja uma baixa distribuição de recursos para investir no desenvolvimento de programas de vigilâncias, intervenções adequadas e técnicas de diagnósticos e procedimentos terapêuticos para as comorbidades e as lesões relacionadas (OMS, 2010)

A maior incidência de acidentes por quedas em pessoas idosas ocorre em espaços dentro de casa ou em adjacências circunvizinhas durante o desempenho de atividades cotidianas e, geralmente, durante a noite em sua maioria, tendo como principal agravio as causas intrínsecas ao ambiente domiciliar. Estes incidentes podem levar às consequências traumáticas físicas, psíquicas e sociais, como fraturas, medo, depressão, confinamento e isolamento (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

As fraturas são as consequências mais frequentes que precisam de hospitalização, seguida do medo de cair e da necessidade de ajuda para a realização das atividades diárias.

É perceptível que as quedas podem acarretar não apenas lesões físicas, mas também as consequências psicológicas. O medo de cair novamente faz com que os idosos privem-se de realizar determinadas atividades diárias, o que colabora ainda mais com a perda da capacidade funcional e com o aumento da inatividade (OLIVEIRA et al, 2014).

O medo pode levar a um ciclo vicioso, pois ao ficar apreensivo a pessoa idosa deixa de movimentar-se com a mesma habilidade anterior, alterando o equilíbrio e a mobilidade, induzindo a novos episódios de quedas. O idoso pode ainda tornar-se mais frágil e dependente devido ao ato de proteção dos familiares que tentam de todas as maneiras, limitar as atividades anteriormente exercidas por eles, para evitar que caiam novamente (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Diante das constantes mudanças que o campo da saúde enfrenta, a fisioterapia vem ampliando sua área de atuação, caminhando para além da reabilitação. Além do tratamento das patologias do envelhecimento e de modos de sua prevenção, a fisioterapia também engloba a visão do idoso de forma integral, buscando focar em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. (AVEIRO *et al.*, 2011). A fisioterapia, no âmbito da saúde do idoso, tem como objetivo fazer uma avaliação dos problemas funcionais e clínicos do indivíduo, analisando as funções e não, apenas, os comprometimentos, envolvendo práticas de avaliação do equilíbrio, da postura e da marcha (GRAVE; ROCHA; PÉRICO, 2012).

A OMS (2010), apresenta um modelo de Prevenção de Quedas, salientando aspectos como: 1) Edificar a importância sobre a prevenção e o tratamento de quedas; 2) Sinalizar como o idoso está inserido no seu ambiente onde possam ocorrer as eventuais quedas; 3) Adaptar o

ambiente domiciliar do idoso para que diminuam, significativamente, os episódios de quedas entre idosos.

Diante disso, torna-se importante o estudo de intervenção fisioterapêutica na saúde do idoso. Nesse contexto, a fisioterapia desempenha importante papel na prevenção das quedas, pois melhora o quadro motor e o equilíbrio, além de fornecer orientações aos pacientes e seus cuidadores, eliminando os fatores de risco que levam à queda em domicílio.

A atividade física pode ser definida como todo e qualquer movimento corporal, realizado pelos músculos esqueléticos, que tem como resultado um gasto energético maior do que os níveis de repouso. Essas atividades podem englobar tarefas planejadas, estruturadas e realizadas de uma maneira repetitiva, buscando promover a melhora e a manutenção da saúde do indivíduo (MACIEL, 2010).

Portanto, a atividade física consolidou-se como fator de melhora da saúde da pessoa idosa. Dessa maneira, praticá-la é uma importante medida para a prevenção de quedas resultando no aumento da autonomia e da segurança da pessoa idosa, para realização de sua rotina diária. Entretanto, este fato parece estar, ainda, distante de acontecer no Brasil.

Investigação documental e descritiva objetivou identificar o número idosos matriculados em academias em março de 2021 e discutir os efeitos da Covid-19, em relação à diminuição da prática regular de exercícios físicos. Para tal, comparou-se o quantitativo de alunos adultos e idosos matriculados neste período, sendo os dados coletados em nove academias (centros de treinamento físico/musculação) de três distintos municípios brasileiros. Os resultados mostraram que 91,5% dos alunos matriculados nas academias eram adultos, até 59 anos e os idosos eram, somente, 8,5%; o aumento do sedentarismo entre os idosos influenciou, também, no desenvolvimento, entre eles, de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DA SILVA et al, 2022).

O exercício físico também influencia de maneira positiva nos âmbitos da vida social e emocional, promovendo a independência e expandindo a qualidade de vida da pessoa idosa. Por isso, a prática de exercícios físicos tem sido bastante incentivada por profissionais da saúde, pois visa à minimização de eventos de quedas e/ou de suas consequências (SANTANA, 2010).

A atividade física pode ser compreendida como um tratamento não farmacológico que auxilia na prevenção de eventos cardiovasculares e diminui os índices de fatores de risco, principalmente associados às doenças cardiovasculares. Além de diminuir o risco de doenças do coração, osteoporose, diabetes, depressão e certos tipos de câncer, a atividade física pode retardar os efeitos deletérios pertinentes ao processo de envelhecimento perpassado pela pessoa idosa, ao mesmo tempo em que preserva o bem-estar geral (SACILOTTO *et al.*, 2017).

Algumas atividades físicas recomendadas são: exercícios posturais; jogos e modalidades esportivas; alongamentos e relaxamentos; exercícios respiratórios; exercícios contra a resistência, como musculação e ginástica; caminhada e corrida; natação e hidroginástica; práticas corporais orientais e danças, entre outros. Na literatura, a caminhada demonstrou bons resultados na melhora da resistência aeróbia com pessoas idosas, visto que se caracteriza como atividade aeróbia, dinâmica, prolongada e que estimula a função dos sistemas cardiorrespiratório, vascular e metabólico (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Estudo realizado na região sul do Estado de São Paulo, com 50 idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde avaliou o impacto funcional da depressão nessas pessoas. Tornou-se evidente que a atividade física e mental foi a responsável por uma menor prevalência de idosos com indicadores de depressão e aqueles que apresentavam esse problema tiveram uma melhora significativa a partir do início da realização desse

tipo de atividade física. Ou seja, a atividade corporal leva, de forma direta, ao exercício mental e contribuiu como um auxílio no tratamento da depressão nessas pessoas (WAISBERG, DA SILVA, 2022).

Então, em relação à pessoa idosa, o exercício físico é de fundamental importância, visto que várias alterações funcionais são decorrentes da idade e, também, de um estilo de vida sedentário. No entanto, sendo esses fatores extrínsecos ao envelhecimento, eles poderão ser modificados a partir da escolha de hábitos saudáveis, o que inclui a prática de atividades físicas, alimentação adequada, equilíbrio afetivo-emocional e boa rede de relacionamentos sociais.

Nesse aspecto, para um envelhecimento bem-sucedido, é importante que a pessoa idosa receba orientações para prevenção de danos à saúde por meio da educação oferecida e monitorada pela equipe profissional com acompanhamentos frequentes (SANTANA, 2010).

Quedas em Idosos: identificando os fatores de risco

Para esta identificação procedeu-se a realização de uma pesquisa dos casos de quedas em idosos atendidos em um ambulatório de fisioterapia e os fatores de risco associados, configurando um estudo descritivo de tipo transversal com abordagem quantitativa.

Este estudo foi realizado na Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), na cidade de João Pessoa-PB, onde se encontra o Ambulatório de Fisioterapia Adulto. A unidade de reabilitação do referido hospital foi escolhida por ser referência em atendimento às vítimas de acidentes por quedas e receber uma diversidade de pessoas idosas de diferentes municípios do estado da Paraíba.

A amostra foi composta por 52 idosos selecionados no período de fevereiro a agosto de 2017, utilizando a técnica de amostragem não

probabilística por acessibilidade, a partir dos seguintes critérios de inclusão: idosos, de ambos os sexos, inscritos e em atendimento na referida unidade, em boas condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos e com voluntariedade de participação.

Utilizou-se uma entrevista, seguindo um instru contendo os seguintes itens: dados sociodemográficos (idade; sexo; estado civil; ocupação; caracterização das condições de moradia: com quem reside, tipo de moradia, adaptação em sua residência; o histórico sobre o evento da queda e de saúde (sofreu alguma queda ao longo da vida, horário da queda, causa da queda, orientações anteriores para prevenção de quedas, fraturas anteriores devido à queda, tipos de condutas utilizadas para o tratamento, necessidades de reabilitação)].

Para o processamento, o armazenamento e a análise dos dados obtidos por meio de entrevistas, e a construção do banco de dados, as informações foram exportadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS – versão 23.0, para a efetivação de análise quantitativa de todas as variáveis, por meio de estatística descritiva. Os dados apresentaram-se como: média; desvio padrão da média; frequência e percentual.

Na etapa da análise estatística inferencial, foi aplicado o teste Qui-Quadrado (X^2) para identificar as possíveis associações entre as variáveis, considerando-se o nível de significância de 5%.

Informa-se que, no presente estudo, os resultados são discutidos, à medida em que estão apresentados.

Na Tabela 1 apresenta-se a distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, considerando a frequência e a porcentagem quanto ao sexo, a faixa etária, o estado civil, a ocupação e as condições de moradia. Os dados evidenciaram uma maioria feminina, na faixa etária entre 60 a 70 anos, casada e aposentada. Destaca-se que a maioria reside em casa não adaptada e vive acompanhada do cônjuge.

TABELA 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra de idosos que sofreram quedas. João Pessoa, 2017.

VARIÁVEIS	f	%
Sexo (N=52)		
Feminino	37	71,15
Masculino	15	28,85
Faixa etária (anos)(N=52)		
60 a 70	29	55,77
71 a 80	18	34,62
81 a 90	05	9,61
Estado civil (N=52)		
Casado	25	48,08
Viúvo	18	34,61
Divorciado	05	9,62
Solteiro	04	7,69
Ocupação (N=52)		
Aposentado	31	59,61
Pensionista	16	30,77
Do lar	05	9,61
Com quem reside (N=52)		
Cônjuge	23	44,23
Cônjuge e filho (s)	01	1,92
Filho (s)	06	11,54
Sozinho (a)	04	7,69
Não informado	18	34,62
Tipo de moradia (N=52)		
Casa	46	88,46
Apartamento	06	11,54

VARIÁVEIS	f	%
Acesso à moradia (se casa, n=46)		
Plano	34	73,90
Degraus	11	23,90
Escadas	00	00
Não informado	01	2,20
Acesso à moradia (se apartamento, n=6)		
Adaptação	00	00
Escadas	06	100
Elevador	00	00
Adaptação em casa/apartamento (N=52)		
Não	46	88,46
Sim	06	11,54
TOTAL		100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

A velhice feminina é um fenômeno mundial que se constitui por singularidades específicas construindo uma identidade típica a partir da comparação com o sexo oposto. As estimativas apontam que as mulheres vivem de 5 a 8 anos mais que os homens. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrados no último censo em 2010, a população feminina (51,03%) é maior que a masculina (48,97%), reforçando a posição feminina predominante, considerando ainda a diminuição de mortalidade materna e infantil bem como o número de filhos por casal como indicadores (IBGE, 2011).

Destarte, nos resultados desta pesquisa, observa-se a feminização da velhice e com alto percentual de idosos mais jovens na faixa etária de 60 70 anos. Portanto, corroborando com os dados, existe uma diferença na proporção de homens e mulheres, justificada na literatura pelos fatores biológicos e físicos de risco de mortalidade aos quais os homens expõem-se mais do que as mulheres, como por exemplo, em relação

ao uso/abuso de tabaco e álcool, bem como a procura pelos serviços de saúde e a inserção diferenciada no mercado de trabalho (SANTOS; CUNHA, 2014).

Outro aspecto a considerar é a alteração do posicionamento da mulher no enftretamento das atividades cotidianas na busca pela sobrevivência, quando assumem novas realidades e desempenham funções dentro do escopo familiar, indicando mulheres ativas do ponto de vista biopsi-cossocial. Além disso, a orientação do cuidado recebida desde menina ainda na primeira menstruação alia-se a um processo de conscientização que perdura ao longo da vida e faz com que procurem as alternativas oferecidas pelo sistema de saúde, de acordo com a classe social em que está inserida (SALGADO, 2002).

A faixa etária entre 60 a 70 anos caracteriza-se como um grupo de pessoas idosas ativas no cenário brasileiro atual que vem aumentando gradualmente e alcançando limiares inesperados. Acredita-se que as mudanças no estilo de vida e o avanço da medicina estão contribuindo para que os idosos consigam envelhecer em melhores condições físicas e mentais, aumentando a expectativa de vida (MURAKAMI, *et al.*, 2014).

A questão de envelhecer-se ativamente sempre foi de elevado interesse para a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendando esta instituição, desde 2002, que para haver o envelhecimento ativo, há que se ter o aumento da expectativa de uma vida saudável e da qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (SOUZA, 2022).

Na sequência, apresenta-se na Tabela 2, o histórico de quedas e saúde dos idosos estudados.

TABELA 2 – Distribuição das variáveis sobre o histórico de quedas e de saúde da amostra de idosos que sofreram quedas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	f	100
Sofreu queda ao longo da vida (N=52)		
Sim	39	75,00
Não	13	25,00
Em caso de sim, onde foi a queda (n=39)		
Dentro de casa	33	84,62
Na rua	06	15,38
Se dentro de casa, em qual cômodo (n=33)		
Banheiro	16	48,49
Quarto	08	24,24
Sala	05	15,15
Cozinha	04	12,12
Horário da queda (n=39)		
Manhã	16	41,03
Noite	11	28,21
Tarde	04	10,26
Não informado	08	20,50
Causa da queda (n=39)		
Escorregão	22	56,42
Tropeço	06	15,38
Desconhecida	05	12,82
Não informado	06	15,38
Já foi orientado para prevenir queda (N=52)		
Não	48	92,31
Sim	03	5,77
Não informado	01	1,92

VARIÁVEIS	f	100
Sofreu alguma fratura (n=39)		
Sim	16	41,03
Não	18	46,15
Não informado	05	12,82
Conduta usada para o tratamento (n=39)		
Imobilização	18	46,15
Hospitalização	08	20,52
Cirurgia	07	17,95
Não informado	06	15,38
Precisou de reabilitação (n=39)		
Sim	24	61,54
Não	09	23,08
Não informado	06	15,38
TOTAL		100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

A Tabela 2 assinala a distribuição da amostra quanto ao histórico sobre o evento de quedas e de saúde, considerando a frequência e a porcentagem. Encontrou-se que a maioria sofreu queda ao longo da vida e não recebeu orientações prévias para prevenir sua ocorrência. Dos que caíram, a maior parte dessas ocorrências ocorreu em domicílio pela manhã, a partir de escorregão no banheiro, provocando fraturas e levando à imobilização e à necessidade de reabilitação.

Quedas em idosos com fraturas são encontrados em outros estudos. Acresce-se que as fraturas também podem acontecer por quedas da própria altura influenciadas pelo uso de medicamentos, como os benzodiazepínicos, os bloqueadores dos canais de cálcio e os diuréticos, muito usados por idosos e que têm como principal efeito colateral a hipotensão ortostática. Tais quedas podem gerar a interrupção de independência ou até mesmo a morte do idoso; as fraturas mais comumente encontradas

costumam ser do fêmur, da coluna e do rádio, sendo a do fêmur a considerada a mais preocupante (FERREIRA, DE FREITAS MENDES, 2022).

No presente estudo, o resultado das análises estatísticas com a associação Qui-quadrado de Pearson, cruzando as variáveis, considerou $p < 0,05$.

As variáveis foram agrupadas em dados sociodemográficos, condições de moradia, histórico sobre quedas e condição de saúde. O Quadro 1, a seguir, revela os valores das relações entre as variáveis na análise da associação de Pearson para os dados sociodemográficos.

QUADRO 1 – Associação dos dados sociodemográficos com condições de moradia, histórico sobre quedas e condição de saúde da amostra de idosos que sofreram quedas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017.

Variável Independente	Variável Dependente	Qui-quadrado	Significância
Sexo	Faixa etária	0,553	0,000
	Ocupação	-0,460	0,001
	Tipo de moradia	0,459	0,001
	Acesso a casa	0,460	0,001
Faixa etária	Sexo	0,553	0,000
	Ocupação	0,610	0,000
	Com quem reside	-0,352	0,000
	Acesso a casa	0,318	0,023
	Adaptação no ambiente	0,293	0,035
	Ocorrência de queda	-0,284	0,046
	Presença de fratura	-0,362	0,028
	Conduta de tratamento	0,424	0,014
	Necessidade de reabilitação	-0,341	0,052

Variável Independente	Variável Dependente	Qui-quadro	Significância
Estado civil	Com quem reside	0,846	0,000
	Ocorrência de queda	0,344	0,14
Ocupação	Sexo	-0,460	0,001
	Faixa etária	0,610	0,000
	Com quem reside	0,346	0,49
	Adaptação no ambiente	-0,360	0,008
	Local de ocorrência da queda	0,339	0,035
	Cômodo de ocorrência da queda	0,434	0,012

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Constatou-se, neste estudo, a existência de várias associações, considerando-se o nível de significância adotado.

Nos dados sociodemográficos, encontrou-se associação entre sexo e faixa etária, ocupação, tipo de moradia e acesso à casa. Nessa associação, entende-se que o sexo feminino tem relação com o tipo de moradia em casas cujo acesso é plano (sem degraus) e moderada associação com a aposentadoria. Isso significa dizer que mulheres possuem tendência a residir em casas de acesso plano, independente da condição de estar aposentada.

Quanto à faixa etária, houve associação com sexo, ocupação, com quem reside, acesso a casa, adaptação no ambiente, ocorrência de queda, presença de fratura, conduta de tratamento realizada e necessidade de reabilitação. Portanto, encontrou-se que a faixa etária tem associação com o sexo feminino, situação de aposentadoria e com a necessidade de conduta de tratamento. Entretanto, há discreta associação entre faixa etária e o acesso plano à residência do tipo casa não adaptada.

Além disso, a faixa etária apresentou leve associação em com quem reside, a ocorrência de queda, fratura e necessidade de reabilitação. Pode-se inferir que, à medida que cresce a faixa etária, também cresce o número de mulheres aposentadas e a realização de condutas de tratamento e que este fenômeno tem pouca associação com o fato da casa ser de acesso plano e, não adaptada, bem como é independente da pessoa com quem residem.

No que se refere ao estado civil, houve associação com quem reside e a ocorrência de queda. Nesse aspecto, a condição de estar solteiro (a), casado (a), viúvo (a) depende de com quem se reside (cônjuge, filhos, cônjuge e filhos ou sozinho).

Quanto à ocupação, os dados estatísticos mostraram associação com sexo, faixa etária, pessoa com quem reside, adaptação ao ambiente, local de ocorrência da queda e cômodo de ocorrência da queda. Compreende-se que a ocupação (aposentado, pensionista e do lar) aproxima-se da faixa etária e do cômodo de ocorrência da queda. Ou seja, as situações de aposentado, pensionista e do lar sugerem a ideia de que há mais atividades executadas no lugar de moradia, principalmente em alguns cômodos específicos, como o banheiro. Em outra análise, percebe-se que a ocupação tem leve associação com quem reside e o local de ocorrência de queda (casa ou apartamento).

Investigação realizada em Portugal com dez idosos e que objetivou, por meio de um questionário, identificar os fatores de risco de quedas no domicílio, evidenciou que dos entrevistados, 44,44% sofreram queda no quarto, 11,11% caíram no banheiro, na cozinha ou no quintal e 22,22% em outros locais que não os identificados no questionário. Em relação ao motivo aparente da queda, 33,33% dos idosos informaram ter-se desequilibrado, 22,22% afirmaram que a queda resultou de tonturas, a mesma porcentagem por terem tropeçado e outros 22,22% apontaram

outras causas para caírem. Foram diversos os fatores de risco de quedas presentes, tanto ao nível pessoal (fatores intrínsecos) como ao nível do ambiente físico da habitação (fatores extrínsecos) (CAROCHINHO et al, 2022).

No presente estudo, as condições de moradia foram fundamentais para mapear a situação e os fatores de risco para o evento de quedas em pessoas idosas.

O Quadro 2, a seguir, traz os valores de associação de Pearson quanto às condições de moradia e os dados sociodemográficos, histórico de quedas e condição de saúde.

QUADRO 2–Associação das condições de moradia com dados sociodemográficos, histórico sobre quedas e condição de saúde de idosos que sofreram quedas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017.

Variável Independente	Variável Dependente	Qui-quadrado	Significância
Com quem reside	Faixa etária	-0,352	0,045
	estado civil	0,846	0,000
	Ocupação	0,346	0,049
	Acesso a casa	0,500	0,004
	Ocorrência de queda	0,635	0,000
	Local de ocorrência da queda	0,673	0,000
Tipo de moradia	Sexo	0,459	0,001
	Acesso a casa	0,480	0,000
	Acesso ao apartamento	-1,00	0,000
Acesso à casa	Sexo	0,457	0,001
	Faixa etária	0,318	0,023
	Com quem reside	0,497	0,004
	Tipo de moradia	0,480	0,000

Variável Independente	Variável Dependente	Qui- -qua- drado	Signifi- cância
Acesso ao apartamento	Tipo de moradia	-1,00	0,000
	Faixa etária	0,293	0,035
Adaptação no ambiente	Ocupação	-0,362	0,008
	Local de ocorrência da queda	-0,899	0,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Assim, os idosos que residem com cônjuge, filhos, cônjuge e filhos ou sozinhos apresentaram associação com o estado civil (casado, viúvo, desquitado ou solteiro), ou seja, depende de com quem o idoso reside. Ressalta-se ainda que, com quem o idoso reside apresenta associação com o acesso plano à casa, ao evento e ao local de queda (casa ou na rua) e leve associação com a ocupação e faixa etária. Isso significa dizer que o idoso que reside com alguém (cônjuge e/ou filhos) depende do estado civil em que se encontra (solteiro, casado, viúvo ou desquitado). Em outra análise, a ocorrência e local de queda em casas de acesso plano podem ter influência em com quem o idoso reside, independente da faixa etária.

No que concerne ao tipo de moradia, o apartamento, apresentou associação com o acesso ao apartamento (escadas ou elevador), com o sexo e o acesso à casa. Isto significa que o acesso ao apartamento por escadas depende do tipo de moradia (apartamento). Quanto ao acesso à casa, apresentou aproximação quando associado ao sexo, com quem reside e tipo de moradia. Este fato traz a inferência de que pessoa idosa do sexo feminino que reside em casas com companhia tem acesso à casa de forma mais branda.

A existência de adaptações em casa ou apartamento é essencial para apontar e alertar sobre a necessidade de mudanças no ambiente,

que venham a minimizar os riscos para o evento de quedas. Os dados quanto à adaptação do ambiente em casa ou no apartamento comunicam a associação entre as adaptações do ambiente e o local da queda. Ou seja, quando não há adaptações no apartamento ou casa, maior é a probabilidade de ocorrência de queda em domicílio.

O histórico de quedas é constituído por elementos que remetem à análise do ambiente (fatores extrínsecos) de ocorrência de quedas, como previsto neste estudo, o domicílio. O Quadro 3 apresentado mostra as análises estatísticas com o qui-quadrado no entrecruzamento das variáveis sociodemográficas, condições de moradia e saúde com o histórico de quedas dos participantes da amostra.

QUADRO 3–Associação dos dados histórico de quedas com dados sociodemográficos, condições de moradia e de saúde de idosos que sofreram quedas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017.

Variável Independente	Variável Dependente	Coefficiente de Pearson	Significância
Ocorrência de queda	Faixa etária	-0,284	0,046
	Estado civil	0,344	0,014
	Com quem reside	0,635	0,000
Local de ocorrência da queda	Ocupação	0,339	0,035
	Com quem reside	0,673	0,000
	Adaptação no ambiente	0,339	0,035
Cômodo de ocorrência da queda	Ocupação	0,434	0,012

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

Os dados sobre o histórico de quedas demonstraram que a ocorrência de queda apresentou associação com quem reside à pessoa idosa, com o estado civil e com a faixa etária. Os dados salientam, então, que a

ocorrência de queda em pessoa idosa também se encontra dependente de quem o acompanha em casa. Não se encontrou associação entre quedas e o horário de ocorrência, a causa da queda e recebimento prévio de orientações para prevenção de quedas.

A análise das condições de saúde aponta as consequências perpassadas pelos participantes ao mesmo tempo em que proporciona o conhecimento aos profissionais em saúde para as condutas realizadas e a necessidade de tratamentos a longo prazo. O quadro 5, traz a associação quanto à condição de saúde com os dados sociodemográficos, condições de moradia e histórico de quedas.

QUADRO 4 – Associação dos dados condições de saúde com dados sociodemográficos, condições de moradia e histórico de quedas de idosos que sofreram quedas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2017.

Variável Independente	Variável Dependente	Qui-quadrado	Significância
Presença de fratura	Faixa etária	-0,362	0,028
	Conduta de tratamento realizada	-0,753	0,000
	Necessidade de reabilitação	0,526	0,02
Conduta de tratamento realizada	Faixa etária	0,424	0,014
	Presença de fratura	-0,753	0,000
	Necessidade de reabilitação	-0,512	0,002
Necessidade de reabilitação	Presença de fratura	-0,753	0,000
	Conduta de tratamento realizada	-0,512	0,002

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto às condições de saúde, observou-se que a presença de fratura apresenta associação com a conduta de tratamento realizada,

a necessidade de reabilitação e a faixa etária. Os dados também se mostram com associação no cruzamento entre as variáveis conduta de tratamento realizada com faixa etária e necessidade de reabilitação. Deduz-se que, à medida que existe a fratura, há a necessidade da realização de condutas de tratamento com posterior reabilitação.

Quedas em pessoa idosa é um problema de saúde pública pelos possíveis agravos físicos, psíquicos, emocionais e sociais, com consequências que trazem altos custos na busca de promover suporte para proporcionar o tratamento adequado. A instabilidade postural nas mudanças estratégicas de equilíbrio no ato de deslocamento da pessoa idosa, associada ao processo de envelhecimento se depara com as barreiras ambientais que podem levar ao evento de queda (MACIEL, 2010).

Sabe-se que as quedas acontecem não somente em idosos; entretanto, se a pessoa se encontra em uma idade mais avançada, a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes são mais preocupantes, pois muitos idosos que caem requerem internamento hospitalar, o que implica em aumento de custos. Acresce-se que as quedas, constituem-se na segunda causa de morte não intencional no mundo; entretanto, há alguns fatores de risco que podem ser alterados e alvo de prevenção, mas outros não podem ser eliminados (CAROCHINHO *et al.*, 2022).

As quedas são responsáveis por 70% das mortes em pessoas idosas e, 1/3 das pessoas com 65 anos ou mais caem todos os anos no mundo. Os fatores de risco intrínsecos, como as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, polifarmácia e a fragilidade, quando aliados aos fatores extrínsecos como o ambiente inadequado de circulação, tornam o idoso susceptível e vulnerável a quedas (PRATO *et al.*, 2017).

Pode-se elencar entre os fatores extrínsecos os desarranjos ergonômicos ambientais e vias urbanas. Assim sendo, na acessibilidade fora do

domicílio, atenta-se para as irregularidades como ausência de suportes e rampas, área delimitada, obstáculos no caminho, degraus públicos com precária sinalização. No ambiente domiciliar, irá depender das condições de moradia do idoso, devendo o ambiente ser adaptado com corrimões, barras de apoio no banheiro e nas escadas, piso antiderrapante, interruptores e iluminação ao alcance.

O ambiente está entre os fatores que influenciam a funcionalidade na velhice e deve oferecer segurança, estímulos, controle pessoal, interação social, favorecendo a adaptação às mudanças e ser familiar ao idoso. O ambiente inadequado torna-se vulnerável ao risco de quedas e/ou acidentes domésticos, frente às dificuldades na realização de tarefas domiciliares e de vida diária. Denota-se que o ambiente construído para que o idoso possa morar é fundamental na autonomia e independência, pois permite melhor agilidade na dinâmica do deslocamento para a realização das tarefas, bem como, nas atividades de vida diária (KUNZLER, 2016).

O mercado imobiliário ainda não se encontra apto para esta camada da população, pois precisa de infraestrutura diferenciada que atenda aos idosos ativos com relativo conforto, segurança e satisfação. Parece ser mais fácil reformar o ambiente do que entregá-lo pronto com todas as adaptações necessárias na infraestrutura voltada para idosos. Diante da necessidade de se garantir acessibilidade nas edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, a Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) criou a Norma Brasileira (NBR) 9050, estabelece parâmetros técnicos a serem observados desde o projeto e construção, assim como na adequação de ambientes já existentes (SO, 2015).

Considerações Finais

Os resultados apresentados neste capítulo permitiram identificar casos de quedas dos idosos atendidos no ambulatório de fisioterapia, assim como alguns fatores de risco. Salienta-se que a maioria dos idosos entrevistados sofreu quedas ao longo da vida, principalmente no domicílio. Para tanto, evidencia-se a importância das medidas preventivas como corrimões, barras de apoio no banheiro e nas escadas, piso antiderrapante, interruptores e iluminação ao alcance, além de material educativo para informação e orientação voltado à pessoa idosa, tendo em vista que os idosos relataram não ter recebido informação anterior sobre os riscos de quedas ou medidas de prevenção.

Por fim, os resultados desta pesquisa irão subsidiar a construção de um instrumento informativo, voltado para a prevenção de quedas em domicílio, com o objetivo de proporcionar aos idosos orientações sobre a adequação dos ambientes, assim como o empoderamento quanto à sua segurança. Espera-se também que facilite a prática do profissional de saúde, tendo em vista que a criação de instrumentos e práticas novas podem proporcionar o diálogo entre profissionais e o público-alvo, sensibilizando-os em fornecer informações sobre as ações de prevenção relacionadas à queda, servindo também como um meio de padronizar as orientações dadas pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

ANTES, Danielle Ledur *et al.* Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p. 758-768, 2013.

AVEIRO, Mariana Chaves *et al.* Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1467-1478, 2011.

BANKOFF, Antonia Dalla Pria *et al.* Postura e equilíbrio corporal: um estudo das relações existentes. *Movimento & Percepção*, v. 6, n. 9, p. 55-70, 2006.

BRANDALIZE, Danielle *et al.* Efeitos de diferentes programas de exercícios físicos na marcha de idosos saudáveis: uma revisão. *Fisioterapia em Movimento*, v. 24, n. 3, p. 549-556, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Brasília; 2013.

CABERLON, Iride Cristofoli. Prevenção de quedas e fraturas na atenção à saúde do idoso no Rio Grande do Sul, Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012.

CAROCHINHO, A. R. P.; CALDEIRA, E.; JACOB, S. QUEDAS DOS IDOSOS NO DOMICÍLIO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 58– 71, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i3.4537. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4537>. Acesso em: 22 set. 2022.

COSTA, Alice Gabrielle de Sousa *et al.* Fatores de risco para quedas em idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 4, p. 821-828, 2013.

CRUZ, André; OLIVEIRA, Elisabete Maria de; MELO, Sebastião Iberes Lopes. Análise biomecânica do equilíbrio do idoso. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 18, n. 2, p. 96-99, 2010.

DA SILVA, Marcio Jose Rodrigues; FINGER, Jéssica; CALVE, Tatiane. Baixo número de idosos matriculados em academias de ginástica em 2021: impacto da COVID-19 no aumento do sedentarismo na vida adulta tardia. *Caderno Intersaberes*, v. 11, n. 31, p. 4-18, 2022.

GASPAROTTO, Livia Pimenta Renó; FALSARELLA, Gláucia Regina; COIMBRA, Arlete Maria Valente. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 1, p. 201-209, 2014.

GOMES, A. Q. F. Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais: estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GRAVE, Magali Quevedo; ROCHA, Cristianne Famer; PÉRICO, Eduardo. A formação do pro fissional fisioterapeuta na atenção à saúde do idoso: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 9, n. 3, 2012.

FERREIRA, Thâmella Barbosa; DE FREITAS MENDES, Renata. **RELAÇÃO ENTRE FRATURAS EM IDOSOS POR QUEDA E USO DE MEDICAMENTOS: OBSERVAÇÃO DE GRUPO DE RISCO NA CIDADE DE MANHUAÇU/MG.** Anais do Seminário Científico do UNIFACIG, n. 7, 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KUNZLER, C. M. Uma moradia digna para os idosos—ampliando o sentido de dignidade a este direito fundamental. *Mais 60 Estudos sobre Envelhecimento*, v. 27, n. 64, p. 48-65, 2016.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; ARAÚJO, Louise Macedo de. Fatores associados às alterações na velocidade de marcha e força de preensão manual em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 13, n. 2, p. 179-189, 2010.

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz: Revista de Educação Física*, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

MARTÍN, M. S. *et al.* Riscos Domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais. Edição especial para o projecto “Com mais cuidado” da Fundación MAPFRE. Primeira edição. Setembro, 2010.

MURAKAMI, Emy *et al.* Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. *Psicologia Hospitalar*, v. 12, n. 2, p. 65-82, 2014.

NEVITT, M. C. Falls in the elderly; risk factors and prevention. *Gait disorders of aging; falls and therapeutic strategies*, 1997.

NUNES, Vilani Medeiros de Araújo; MENEZES, Rejane Maria Paiva; ALCHIERI, João Carlos. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

OLIVEIRA, Adriana Sarmiento *et al.* Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 3, p. 637-645, 2014.

OLIVEIRA, Patrícia Pereira de *et al.* Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 2, p. 234-239, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Aliança Mundial para Segurança do Paciente [Internet]. 2010 [acesso em 2012 maio 5]. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index>.

php?option=com_content&task=view&id=931&Itemid=686.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, v. 1, n. 20, 2015.

PRATO, Sabrina Canhada Ferrari *et al.* Frequência e fatores associados a quedas em adultos com 55 anos e mais. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 37, 2017.

RIBEIRO, Daniela Prêve *et al.* Programa de ginástica para idosos nos centros de saúde: avaliação da aptidão funcional. *Fisioterapia em Movimento*, v. 22, n. 3, 2009.

SACHETTI, Amanda *et al.* Equilíbrio x Envelhecimento Humano: um desafio para a fisioterapia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 11, n. 1, p. 64-69, 2012.

SACILOTTO, Maria Carolina *et al.* Relação da frequência cardíaca e da potência no pico do teste ergométrico e no nível do limiar de anaerobiose de homens de meia-idade saudáveis e de hipertensos. *Fisioterapia em movimento*, v. 20, n. 4, 2017.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 4, 2002.

SANTANA, Maria Silva. Significado da atividade física para práticas de saúde na terceira idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 15, n. 2, 2010.

SANTOS, Gerson Souza; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2014.

SOUZA, J. A. de. IMPACTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA OS IDOSOS NO BRASIL. *Revista Científica FESA*, [S. l.], v. 1, n. 16, p. 15-28, 2022. DOI: 10.56069/2676-0428.2022.163. Disponível em: <https://revistafesa.com/index.php/fesa/article/view/163>. Acesso em: 22 set. 2022.

SILVA, José Mário Nunes da *et al.* Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 337-346, 2013.

SILVA, Nayara Mendes *et al.* Necessidades próprias da (c) idade: espaços acessíveis e funcionais para idosos. *Serviço Social em Revista*, v. 18, n. 1, p. 219-242, 2015.

WAISBERG, Jaques; DA SILVA, Gizelda Monteiro. A Importância Da Atividade Física E Mental No Auxílio Ao Tratamento De Depressão Em Idosos The Importance of Physical and Mental Activity in Assisting the Treatment of Depression in the Elderly. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 1, p. 95-114, 2022.

CAPÍTULO 7

TRÂNSITO E VELHICE: aspectos da violência cotidiana

José Luiz Telles

Introdução

Os acidentes de trânsito com vítimas têm sido considerados grave problema de saúde pública em nível global. Somente no ano de 2010, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, mais de 1 milhão de pessoas morreram vítimas de acidentes de trânsito. Quase metade das vítimas são ciclistas, pedestres e motociclistas, revelando o quanto os países estão ainda distantes de assumirem legislações que visam proteger os mais vulneráveis.

As velocidades nas ruas, muitas das vezes, são incompatíveis com o tempo próprio da velhice. Um sinal de trânsito que destina pouco tempo para a travessia, a falta de atenção com os pedestres, os motoristas de transportes públicos pouco treinados para entender as dificuldades inerentes ao avançar da idade são alguns dos inúmeros exemplos da violência cotidiana a qual as pessoas idosas estão submetidas.

O presente artigo tem por objetivo apresentar um panorama sobre acidentes de trânsito no mundo e no Brasil. Dar-se-á destaque à uma parcela da população que se sente impotente diante dos tempos modernos, a população idosa residente nas grandes metrópoles.

A Situação no Mundo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, de todos os sistemas que as pessoas têm de lidar em seu dia a dia, o transporte rodoviário é o mais

complexo e o mais perigoso (WHO, 2004). As estatísticas sobre vítimas de acidentes de trânsito indicam que, somente no ano de 2013, ocorreu no mundo 1.25 milhão de óbitos por lesões no trânsito, demonstrando a magnitude do problema em escala global (WHO, 2015).

A Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015, aprovou a histórica Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Dentre as novas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável está a meta de reduzir pela metade o número global de mortes e lesões relacionadas ao trânsito até 2020 (WHO, 2015a). A inclusão desta meta, de um lado, demonstra o reconhecimento dos Estados do constante aumento do número de vítimas do trânsito e, de outro, o reconhecimento pelos países das evidências científicas relacionadas ao que pode ser feito para o devido enfrentamento do problema (WHO, 2015).

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde publicado em 2015, de 2007 a 2013, o número de mortes por lesões no trânsito estabilizou, apesar do aumento da população mundial e da quantidade de veículos motorizados nas ruas. Entretanto, em 68 países foi verificado aumento do número de mortes por lesões no trânsito desde 2010, dentre os quais 84% foram países de baixa ou média renda. Com efeito, os países de renda baixa apresentaram taxas de vítimas fatais duas vezes superiores às dos países de alta renda apesar de possuírem 54% dos veículos de todo o mundo (WHO, 2015b).

De maneira geral, acidentes de trânsito resultam de desarranjos na infraestrutura urbana, no comportamento arriscado de condutores e de pedestres e ineficiências na regulação/fiscalização do tráfego.

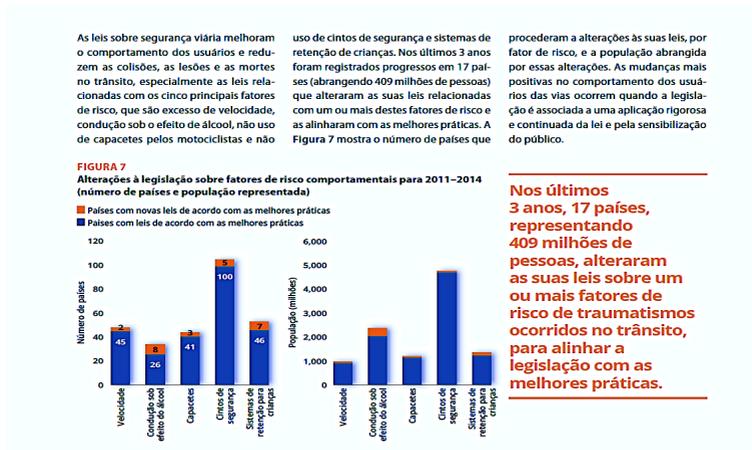
A Organização Mundial da Saúde elegeu cinco fatores de risco no trânsito passíveis de serem regulados por legislação: a) controle da velocidade em áreas urbanas e em rodovias; b) restrição na condução de veículos de pessoas sob efeito de álcool; c) uso de capacetes para

condutores de motocicleta; d) uso de cinto de segurança e; e) uso de dispositivo de retenção para crianças.

No período de 2011 a 2014 foram verificados progressos em 17 países (abrangendo 409 milhões de pessoas) que alteraram as suas leis relacionadas com um ou mais destes fatores de risco e as alinharam com as melhores práticas baseadas em evidências científicas. Como destaca a OMS,

“as mudanças mais positivas no comportamento dos usuários das vias ocorrem quando a legislação é associada a uma aplicação rigorosa e continuada da lei e pela sensibilização do público” (WHO, 2015b: 18).

Figura 1: Alterações à legislação sobre fatores de risco comportamentais, 2011 – 2014 (número de países e população representada).



Fonte: OMS, 2015, p.5.

Na figura 1, pode-se constatar que, apesar do avanço discreto observado no curto período estudado, os países ainda estão muito distantes de uma regulação mais abrangente. Destacamos, para efeito deste artigo,

dois fatores para discussão sobre os acidentes de trânsito envolvendo pessoas idosas. O primeiro é a associação álcool e condução de veículos automotores. Como será destacado mais adiante, os atropelamentos concorrem para maior vitimização desta parcela da população. A outra medida destacada é o uso de cinto de segurança. O fato de pessoas idosas apresentarem maior fragilidade, o uso de cinto de segurança é um importante fator de minimizar os danos nos acidentes automobilísticos.

A combinação álcool e direção é comprovadamente nociva e perigosa. Diariamente, acompanha-se, através dos meios de comunicação, tragédias no trânsito envolvendo motoristas embriagados. Muitas dessas vítimas são jovens que morrem por causa de uma conduta momentânea. A dinâmica de um acidente de trânsito acontece em segundos e se o motorista está com sua percepção prejudicada pelo álcool isso se torna um fator determinante.

Os países da Europa e da América do Sul assumiram legislações mais restritivas quanto à associação de níveis sanguíneos de álcool e condução de veículo automotores. Entretanto, observa-se também que são nos países menos desenvolvidos onde se encontra ou ausência ou legislações mais lenientes. Desde 2008, tem havido progressos no reforço da legislação restritiva à associação consumo de álcool e condução de veículos. Mais de 90% de países tem uma lei nacional sobre ingestão de bebida alcoólica e conduzir veículos, mas unicamente 49% estipula um limite de alcoolemia legal¹ igual ou inferior a 0,05g/dl. Os países de renda alta são aqueles mais propensos a ter um limite legal mais restritivo em relação à concentração sanguínea de álcool (0,05 g/dl ou menos) do que países de renda média ou baixa. Segundo estatísticas de crime divulgadas pelo FBI, nos Estados Unidos, em 2011, mais de um milhão e duzentos

1 Refere-se à quantidade de álcool presente na corrente sanguínea e normalmente é medida em gramas por decilitro (g/dl).

mil motoristas foram presos por conduzirem sob influência do álcool e/ou outras drogas ilícitas (FBI, 2011).

No Brasil, a partir de 2018, a legislação se tornou mais restritiva em relação aos níveis de álcool alveolar (quando medido pelo etilômetro ou bafômetro portátil) e sanguíneo. Se antes os níveis mínimos permitidos na lei eram de 0,3 miligrama de álcool por litro de ar alveolar (equivalentes à 0,6 grama de álcool no sangue), com a Lei Nº 11.705 de 19 de junho de 2008 (BRASIL, 2008), os limites mínimos foram eliminados e passou a determinar que qualquer quantidade de álcool registrada no bafômetro sujeita o motorista às penalidades do artigo 165 do Código de Trânsito Brasileiro (Lei Nº 9.503 de 23 de setembro de 1997). Este artigo estabelece que dirigir “sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência” constitui infração gravíssima e é punida com “multa (dez vezes) e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses” com o recolhimento do documento de habilitação e retenção do veículo (BRASIL, 1997).

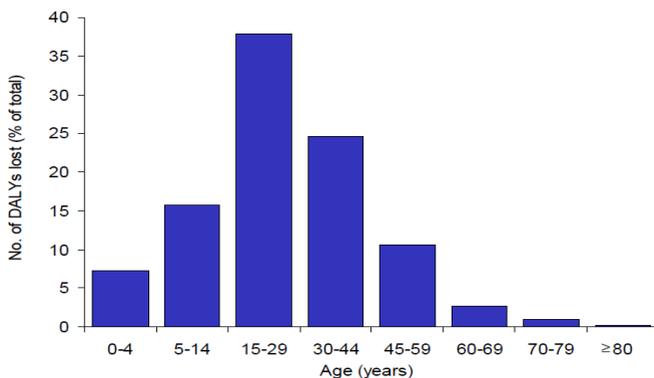
No caso de mortes ou lesões causadas por motoristas sob efeito de bebidas alcoólicas a legislação se tornou ainda mais punitiva a partir de dezembro de 2017, quando foi sancionada a Lei nº 13.546, que altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, para dispor sobre crimes cometidos na direção de veículos automotores. A nova lei passou a vigorar a partir de 19 de abril de 2018 e estabeleceu três alterações no Código de Trânsito Brasileiro para condutores que matem ou lesem pessoas no trânsito após consumir bebidas alcoólicas ou outras drogas psicoativas. Em caso de homicídio culposo (sem intenção de matar), a reclusão passou a ser de cinco a oito anos (antes era de dois a quatro anos). Já a pena para lesão corporal grave ou gravíssima passou a ser de dois a cinco anos (antes era de seis meses a dois anos de detenção). Por último, no caso

de participação em campeonatos ilegais de manobras de veículos, a Lei passou a punir com prisão os participantes (BRASIL, 2017).

Aliada à legislação, as campanhas de conscientização têm sido utilizadas como estratégia para redução de acidentes vinculados ao consumo de álcool. Phillips *et al.* (2011) encontraram em sua pesquisa associações positivas entre a redução de acidentes e o uso de comunicação pessoal ou meios de comunicação em rodovias nos países de Europa.

A legislação sobre o uso obrigatório de cinto de segurança, por sua vez, está bem assentada na maioria dos países em todo o mundo. Ela está presente em 105 países o que representa 67% da população mundial. O uso de cinto de segurança reduz o risco de ferimento fatal em 40 a 50% no caso de motoristas e de ocupantes do banco dianteiro do veículo e entre 25 a 75% para os ocupantes do banco traseiro (WHO, 2015).

Figura 2. Distribuição etária da carga de lesões (DALYs) por acidentes de trânsito no mundo, 2000.



Fonte: PEDEN; MCGEE; SHARMA, 2002.

Quando se analisa o impacto dos acidentes de trânsito no mundo tendo por referência o indicador DALY (mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura ou incapacidade em relação a uma esperança de vida ideal – no caso a referência é o Japão onde se verifica maior expectativa de vida) observa-se na figura 2 que, no ano de 2000, do total do número de DALYs perdidos globalmente como resultado de acidentes de trânsito, 60%, ocorreu em pessoas na idade entre 15 e 44 anos (PEDEN *et al.*, 2002).

Com o envelhecimento da população, houve um aumento correspondente no número total de vítimas do trânsito com idade mais avançada, ou como ocupantes do veículo ou como pedestres. Preusser *et al.* (1998) mostraram que os motoristas com idade entre 65-69 anos teriam 1,29 vezes mais risco de ser envolvido em acidentes fatais e motoristas com idade entre 85 e mais anos teriam 3,74 vezes mais risco quando comparado aos motoristas com idade 40-49. Lyman *et al.* (2002), por sua vez, projetaram, tendo as estatísticas do Estados Unidos como referência, aumento de 178% em acidentes envolvendo idosos e um aumento de 155% em mortes envolvendo idosos. Esta projeção do número de idosos envolvidos em acidentes de trânsito, segundo os autores, será responsável por cerca de 40% do aumento previsto no total dos acidentes rodoviários e mais de 50% do aumento esperado nos óbitos.

Segundo estatísticas do Departamento Nacional de Transportes dos Estados Unidos, no ano de 2015, 5.376 pedestres foram à óbito por acidentes de trânsito. Deste total, as pessoas com 65 anos e mais representaram 19% das mortes (NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION, 2015).

No período de 2001 a 2006, nos Estados Unidos, em média mais de 52 mil pessoas com 65 anos e mais tiveram ferimentos em decorrência de acidentes em vias públicas. Cair e/ou ser atropelado por um veículo

a motor foram os principais mecanismos de lesão, resultando em 77,5% e 15,0% das lesões de pedestres idosos, respectivamente. As quedas estiveram relacionadas a questões de segurança das vias, em especial, nas guias ou meios-fios (NAUMANN *et al.*, 2011).

Chong *et al.* (2018), em estudo sobre epidemiologia dos acidentes de trânsito envolvendo pedestres no período de 2006 a 2015 nos Estados Unidos, chegaram ao número de 47.789 óbitos ao longo deste período. As pessoas com 85 anos e mais tiveram as mais altas taxas de óbitos.

Uma causa importante da alta taxa de óbitos e de acidentes não-fatais entre os pedestres nas faixas etárias mais avançadas é a própria vulnerabilidade física em função do processo do envelhecimento. Os ossos tornam-se mais frágeis bem como os tecidos moles ficam menos elásticos com o avançar da idade. Por conseguinte, as pessoas idosas ficam mais propensas a sofrerem ferimentos graves. Ao mesmo tempo, as pessoas idosas têm maiores chances de se envolver em um acidente de trânsito como pedestres porque as funções locomotivas também se deterioram com o avançar da idade. Esta deterioração geralmente consiste em um movimento mais lento; uma diminuição do tônus muscular, uma diminuição na coordenação fina e uma forte diminuição na capacidade de se adaptar às mudanças repentinas na postura (mantendo o equilíbrio). Este último aspecto é particularmente importante para os ciclistas e pedestres, mas também para os usuários de transporte público.

Quatro são os fatores que contribuem para a ocorrência dos atropelamentos: a) o fator humano, que depende do comportamento das pessoas; b) o fator veículo, decorrente das falhas mecânicas; c) o fator ambiente, como condições climáticas e luminosidade e; d) o fator via relativo às características geométricas das vias, barreiras arquitetônicas, deficiências dos pavimentos e dos dispositivos de engenharia de tráfego (CET, 2008).

Os fatores agrupados no componente humano estão relacionados aos aspectos comportamentais dos usuários, sejam eles pedestres ou condutores, tais como travessia em locais não regulamentados, uso de álcool, excesso de velocidade e manobras de risco (DIÓGENES, 2008).

Dada a complexidade dos fatores intervenientes em um caso de atropelamento, a educação no trânsito, tanto para os pedestres quanto para os condutores de veículos automotores, e intervenções planejadas no meio urbano para que haja maior segurança para os transeuntes configuram-se como medidas essenciais para a diminuição dos acidentes envolvendo os pedestres.

Sant'anna (2006) destaca algumas intervenções que teriam impacto na segurança dos pedestres idosos:

- Aumento da largura da calçada no ponto de travessia, de forma a reduzir o tempo de exposição na via;
- Dispositivos para evitar que veículos bloqueiem a passagem de pedestres;
- Larguras adequadas de calçadas de forma a acomodar com segurança os pedestres;
- Acesso confiável ao transporte público, tendo em vista que, em geral, existem dificuldades impostas por degraus, falta de corrimão, acesso inadequado para cadeiras de rodas;
- Acesso adequado para pedestres aos locais de compras, considerando que geralmente esses locais ficam bloqueados por carros estacionados ou outros equipamentos urbanos;
- Criação de áreas exclusivas para pedestres sempre que possível.

Como ressalta a autora, a promoção de intervenções específicas para determinados grupos populacionais não é algo simples tendo em vista a complexidade inerente ao sistema de transportes. A melhoria da mobilidade dos pedestres deve ser objetivo sempre em tela, mas como

“a segurança dos pedestres não é uma questão apenas de engenharia, a eficácia dessas medidas dependerá também de aspectos do comportamento humano. Os benefícios de mobilidade e segurança irão depender do comportamento dos usuários” (SANT’ANNA, 2006).

Acidentes de Transporte e População Idosa no Brasil

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), em 2015 havia 31,2 milhões de domicílios onde ao menos um morador possuía carro para uso pessoal, o que representava 45,8% do total de unidades domiciliares. Em relação às motocicletas, esta mesma PNAD constatou que em 14,5 milhões de domicílios havia ao menos um morador com posse de motocicleta, o que representou um crescimento de 1,6% se comparado com os dados de 2014 (IBGE, 2016). Cabe destacar que o processo de urbanização da população brasileira foi marcado pela falta de planejamento integrado ao planejamento dos transportes e por ter sido extremamente acelerado nas décadas de 1960, 1970 e 1980 (SANTOS *et al.*, 2015). Esta combinação de ambiente urbano pouco organizado com aumento progressivo de viaturas (carros e motocicletas) no trânsito acaba por se tornar um caldo de cultura para acidentes fatais e não fatais.

No Brasil, uma das fontes de informação possíveis para caracterizar a dimensão do problema do ponto de vista da saúde pública é o Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Neste Sistema, os acidentes de trânsito estão incluídos na grande categoria de Causas Externas onde constam toda sorte de acidentes e violências.

Segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de 2007 a 2016 foram registradas 416.694 mortes por acidentes de transporte. Deste total, os óbitos de pessoas com 60 anos e mais foram

de 61.875 (14,8%). Somente no ano de 2016 foi registrado o total de 38.265 óbitos por acidentes de transporte no Brasil. Deste total, 6.271 mortes (16,3%) foram relativas às pessoas com 60 anos e mais. Destes óbitos de pessoas idosas, os atropelamentos representaram 35% do total (DATASUS, 2016).

Se avaliarmos as pessoas que foram vítimas de acidentes de trânsito e que foram internadas em estabelecimentos hospitalares no Brasil, os números também são expressivos. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH-DATASUS), somente nos anos de 2017, foram registradas 209.167 internações por acidentes de transporte. Deste total, os internamentos de pessoas com 60 anos e mais representaram quase 10% (19.998 pessoas idosas) (DATASUS, 2017).

A taxa de mortalidade hospitalar (razão entre o nº de óbitos e o nº de internações no período, multiplicado por 100) neste mesmo período por acidentes de transporte, por sua vez, foi de 2,45 para todas as faixas etárias, enquanto para as pessoas com 60 anos e mais esta taxa foi de 6,55 (DATASUS, 2017). Estes dados corroboram pesquisas que apontam que as pessoas idosas representam o grupo de pedestres mais vulneráveis no ambiente urbano na medida em que, por sua fragilidade, estão mais propensos a ferimentos graves ou mortes (NAGATA *et al.*, 2010).

São poucos os países que realizam estudos sistemáticos para avaliar os custos dos acidentes de trânsito. Nos EUA, pesquisa realizada em 2005 calculou que os custos relativos a atendimento médico e perda da produtividade em função de acidentes de automóveis, fatais e não fatais, totalizaram 99 bilhões de dólares, deste montante, 58 bilhões foram atribuídos a acidentes fatais (NAUMANN *et al.*, 2010).

No Brasil, os custos dos acidentes de trânsito foram calculados tendo por base as rodovias federais brasileiras. Em 2014 ocorreram 169.163

acidentes nas estradas federais fiscalizadas pela Polícia Rodoviária Federal (PRF), sendo que 8.227 pessoas perderam a vida e cerca de 100 mil ficaram feridos.

O custo gerado para a sociedade dos cerca de 170 mil acidentes ocorridos em 2014 foi da ordem de R\$ 12,3 bilhões. Deste total, 64,7% estava associado às vítimas dos acidentes, como cuidados com a saúde e perda de produção devido às lesões ou morte. Os custos associados aos veículos, como danos materiais e perda de cargas representaram 34,7% (IPEA, 2015).

Na figura 3 discriminam-se os custos de acordo com o componente primário dos afectados pelos acidentes. Observa-se que os custos associados às pessoas representam o dobro daquele relativo à perda material do veículo. Os custos associados às pessoas envolvem a perda da capacidade produtiva do indivíduo envolvido no acidente; ao traslado/remoção do corpo da vítima, quando há o óbito e aqueles relativos ao atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

Figura 3: Custo de acidentes por Componente Primário: valor absoluto e percentual nas rodovias federais. Brasil, 2014.

TABELA 7
Custo de acidentes nas rodovias federais (2014)

Custos	Descrição	Valor (R\$)	Valor (%)
Associados às pessoas	Despesas hospitalares; atendimento; tratamento de lesões; remoção de vítimas; e perda de produção.	7.958.883.201,04	64,72
Associados aos veículos	Remoção de veículos; danos aos veículos; e perda de carga.	4.268.587.302,76	34,71
Institucionais e danos a propriedades	Atendimento e processos e danos à propriedade pública e à privada.	70.850.037,27	0,58
Total		12.298.320.541	100,00

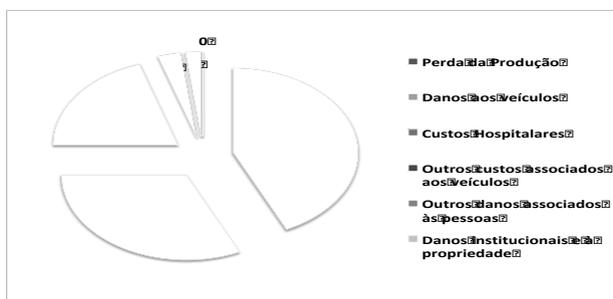
Fonte: Ipea, Denatran e ANTP (2006), com atualização da base de acidentes da PRF (2014).
Elaboração dos autores.

Analisando os custos separadamente, verifica-se que o maior valor estimado é referente à perda de produção das pessoas (43%), ou seja, quanto de renda uma vítima de trânsito deixa de auferir tanto ao longo do período em que esteja afastada das atividades econômicas quanto, no caso de morte, em relação a sua expectativa de vida.

Fonte: IPEA, 2015

No mesmo estudo, ao se redistribuir o custo total dos acidentes nas rodovias federais em quatro de seus componentes de custos (perda da produção; danos aos veículos; custos hospitalares e outros), têm-se que os custos de perda de produção predominam com 43%, seguidos dos danos aos veículos (materiais, perda de carga e remoção/pátio) com 32%, dos custos de cuidados em saúde com 20%. A figura 4 apresenta os resultados (IPEA, 2015).

Figura 4: Componentes de custo dos acidentes nas rodovias federais em %. Brasil, 2014.



Fonte: IPEA, 2015.

Os custos significativos, tanto econômicos quanto sociais, associados aos traumas e mortes advindos dos acidentes de trânsito reforçam ainda mais a necessidade de tratar como prioridade a implementação de estratégias de prevenção de acidentes baseadas em evidência e com custo-benefício aceitáveis para toda a sociedade.

Deve-se levar em consideração que, no Brasil, o acidentado de trânsito, em sua maioria, é conduzido às estruturas públicas de atendimento hospitalar. Os dados, portanto, são alarmantes, especialmente quando se observa que grande parte dos recursos financeiros do setor da saúde

é drenada para o atendimento de urgência e traumatologia, para a reabilitação e a inclusão social de acidentados de trânsito.

Conclusão

Buscou-se evidenciar, neste breve ensaio, os acidentes de trânsito como um grave e severo problema de saúde pública em todo o mundo. O sofrimento e os custos que estão envolvidos nos acidentes são de grande magnitude. Apesar de ter havido um consenso entre os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em torno da temática, o que levou à Resolução no 02/2011 instituindo a Década de Ação pela Segurança no Trânsito -2011-2020, a situação é alarmante, em especial nos países menos desenvolvidos nos quais se concentram mais de 90% das mortes causadas por acidentes de trânsito em todo o mundo. A inclusão da meta de reduzir pela metade o número global de mortes e lesões relacionadas ao trânsito até 2020 na agenda 2030 das Nações Unidas representa passo importante para que os países do mundo assumam suas responsabilidades para o enfrentamento desta tragédia cotidiana.

Os dados disponíveis apontam que as maiores vítimas do trânsito caótico nas grandes metrópoles são aquelas mais vulneráveis, dentre as quais destaca-se a população idosa.

Com efeito, as alterações fisiológicas que chegam com o envelhecimento (perda da acuidade visual; perda da audição; dificuldade de locomoção; aumento do tempo de reação e declínio da velocidade de julgamento), contribuem para que, principalmente pedestres idosos inseridos no trânsito urbano, mal organizado e repleto de barreiras arquitetônicas, correspondam ao grupo mais vulnerável.

Os custos humanos são de difícil mensuração pela complexidade de estimar valores aos fatores emocionais e psicológicos que envolvem as vítimas e seus familiares.

Ademais, as cidades são lugares para se viver, para se conectar e se socializar. O espaço urbano deveria propiciar prazer aos caminhantes. Afinal, andar a pé é fundamental para a existência humana e para a qualidade de vida. Os pedestres poderiam fazer maior uso dos espaços nas cidades. Entretanto, a insegurança no trânsito tem limitado a movimentação de pessoas, em especial os grupos mais vulneráveis, como são as pessoas idosas.

Na agenda instituída pela ONU, medidas que visem a segurança da população idosa no seu direito de mobilidade nos centros urbanos deverão assumir maior importância e se coloca como uma das questões centrais para a qualidade de vida das pessoas idosas do presente e do futuro.

Referências

BRASIL, Advocacia-Geral da União; BRASIL. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da União, p. 21201-21201, 1997.

_____. Lei 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, Presidência da República: Casa Civil. 2008.

_____. Lei Nº 13.546 de 19 de dezembro de 2017: Altera dispositivos da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para dispor sobre crimes cometidos na direção de veículos automotores. Presidência da República: Casa Civil, 2008.

_____. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Presidência da República: Casa Civil, 1996.

CHONG, Shu-Ling *et al.* Epidemiology of Pedestrian–Motor vehicle fatalities and injuries, 2006–2015. *American journal of preventive medicine*, v. 55, n. 1, p. 98-105, 2018.

DIÓGENES, Mara Chagas. Método para avaliar o risco potencial de atropelamentos em travessias urbanas em meio de quadra. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2008.

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION *et al.* 2015 motor vehicle crashes: overview. *Traffic safety facts: research note*, v. 2016, p. 1-9, 2016.

NAUMANN, Rebecca B. *et al.* Incidence and total lifetime costs of motor vehicle-related fatal and nonfatal injury by road user type, United States, 2005. *Traffic injury prevention*, v. 11, n. 4, p. 353-360, 2010.

NAUMANN, Rebecca B. *et al.* Older adult pedestrian injuries in the United States: causes and contributing circumstances. *International journal of injury control and safety promotion*, v. 18, n. 1, p. 65-73, 2011.

NEVES, Alice Cristina Medeiros das *et al.* Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 4, p. 587-596, 2013.

PEDEN, Margie *et al.* The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: World Health Organization, v. 5, 2002.

PEDESTRIANS. Washington, DC: US Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 2015. Publication no. DOT-HS-812-375. Disponível em: <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/812375>

PHILLIPS, Ross Owen; ULLEBERG, Pål; VAA, Truls. Meta-analysis of the effect of road safety campaigns on accidents. *Accident Analysis & Prevention*, v. 43, n. 3, p. 1204-1218, 2011.

PREUSSER, David F. *et al.* Fatal crash risk for older drivers at intersections. *Accident Analysis & Prevention*, v. 30, n. 2, p. 151-159, 1998.

SANT'ANNA, R. M. Mobilidade e segurança no trânsito da população idosa: um estudo descritivo sobre a percepção de pedestres idosos e de especialistas em engenharia de tráfego. Rio de Janeiro, v. 8, n. 195, p. 29, 2006.

SANTOS, Rodolfo Torres *et al.* Demanda por investimentos em mobilidade urbana no Brasil. *BNDES Setorial*, v. 41, p. 79-134, 2015.

U.S. DEPARTMENT OF TRANSPORT. FACTS, Traffic Safety. Data, NHTSA's National Center for Statistics and Analysis. DOT HS 811 625 August 2012, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on road safety 2015: Summary. World Health Organization, 2015b.

_____. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015a.

_____. World report on road traffic injury prevention: summary. In: World report on road traffic injury prevention: summary. 2004. p. ix, 52-ix, 52.

_____. DEPT. OF VIOLENCE *et al.* Global status report on road safety: time for action. World Health Organization, 2009.

ZHU, Motao *et al.* Association of rear seat safety belt use with death in a traffic crash: a matched cohort study. *Injury Prevention*, v. 13, n. 3, p. 183-185, 2007.

CAPÍTULO 8

VIOLÊNCIA SOBRE AS PESSOAS IDOSAS: OS AGRESSORES¹

Felismina Mendes
Margarida Sampaio
Célia João
Joana Alegria Pereira

Introdução

Ao longo das últimas décadas, a par do envelhecimento populacional também a violência sobre as pessoas idosas tem vindo a ganhar novas expressões em números e sofrimento associados. É conhecida relação entre a dependência associada à idade, com a ocorrência de violência e maus tratos contra as pessoas idosas (YAN; SO-KUM; YEUNG, 2002).

A violência contra as pessoas idosas é um fenómeno mundial com diferentes cenários como pano de fundo. Portugal é um desses cenários, sendo considerado um dos países mais envelhecidos do mundo e também um dos cinco países com maiores números de violência, contabilizando cerca de 39% de pessoas idosas vítimas de violência OMS (2002, 2014).

Dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), entre 2013 e 2015, em Portugal, a vitimação continuada da pessoa idosa prevaleceu em cerca de 78% dos casos, com uma durabilidade média entre os 2 e os 6 anos (12,4%) e o local mais escolhido para a prática deste crime foi a residência comum em mais de 55% das situações. O agressor era maioritariamente do sexo masculino (mais de 65%) com idade entre os 65 e os 74 anos, ou seja, ele também uma pessoa idosa. As queixas/

¹ DOI; 10.5281/zenodo.7682696

denúncias registadas remetem para elevada subnotificação da violência, e os dados epidemiológicos são escassos face a um fenómeno onde impera uma cultura de dominação, de disputas intergeracionais ou de negligência familiares ou institucionais (APAV, 2016).

O estudo de Gil, *et al.* (2014), realizado em Portugal, revela que maioritariamente as vítimas são mulheres idosas, com idades superiores a 80 anos, que viviam sozinhas, sem qualquer nível de escolaridade, com baixos rendimentos, com pelo menos uma doença crónica diagnosticada, que manifestavam sintomas depressivos, e tinham necessidade de ajuda em pelo menos uma Atividade de Vida Diária.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a violência de natureza financeira e psicológica atingiram 6,3% da população (as mais frequentes), a negligência teve uma percentagem de 0,4 e a violência sexual 0,2. Por sua vez, a violência física revelou valores de 2,3%. Na população analisada, 2,4% viveram situações de polivitimização, ou seja, foi vítima de mais do que um tipo de violência (GIL *et al.*, 2014).

A violência sobre as pessoas idosas é um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos que deve merecer especial atenção, devido às sequelas físicas e psicológicas que envolve para todas as pessoas envolvidas. A maioria dos estudos realizados tem-se centrado essencialmente na pessoa idosa vítima, dando pouca atenção ao agressor, nomeadamente às motivações que o levam a cometer atos de violência, aos seus sentimentos e às necessidades por estes sentidas.

Neste capítulo vamos analisar os agressores de pessoas idosas, tanto em contexto familiar como em contexto institucional. Considera-se que para se intervir eficazmente sobre a violência sobre as pessoas idosas, deve partir-se do conhecimento do perfil dos agressores e dos seus motivos e necessidades, para a partir daí se empreenderem as estratégias políticas,

sociais e de saúde que previnam a violência, protejam as vítimas e ajudem os agressores.

Os agressores das pessoas idosas

Embora sejam conhecidos muitos casos de violência e/ou maus-tratos contra pessoas idosas, dificilmente se encontram registros de prevalência ou incidência desses casos, quer a nível nacional, quer a nível regional, existindo apenas estudos pontuais, de cariz académico ou outros, sobre realidades locais. Os estudos revelam e/ou sugerem, no entanto, que a violência sobre idosos residentes em instituições de acolhimento, temporário ou permanente, pode ser muito mais extensa do que, geralmente se imagina. De acordo com a OMS (2002), até à década de 1970, as mortes de pessoas idosas, quer em contexto institucional, quer em contexto familiar eram, muitas vezes, atribuídas a causas naturais, acidentes ou a causas indeterminadas, quando na verdade se tratava de consequências de comportamento violento ou negligente.

De acordo com a OMS (2002; 2014) a violência contra as pessoas idosas traduz-se, segundo em todas as ações ofensivas ou na privação dos direitos fundamentais da pessoa, afetando a sua qualidade de vida, nomeadamente, no que concerne a agressões físicas, psicológicas, sexuais, e omissão de ações indispensáveis à satisfação das necessidades fundamentais. Consubstancia-se num ato único ou repetido, ou ainda, como ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança (OMS, 2002; 2014).

Ainda de acordo com a OMS (2002) os diferentes tipos de violência sobre a pessoa idosa incluem a:

- A violência autodirigida, que envolve todos os atos suicidas (suicídio e comportamentos parasuicidários) e outros comportamentos autolesivos como a automutilação.
- A violência interpessoal, em que se distinguem duas subcategorias:
 - A violência familiar/violência entre parceiros/as íntimos/as;
 - A violência na comunidade.

Os diferentes atos de violência sobre a pessoa idosa concretizam-se sob a forma de violência física em que existe o uso da força física para causar dano ou mesmo a morte à pessoa; a violência sexual que se traduz num conjunto de comportamentos sexuais ofensivos; a violência psicológica que mediante ações verbais e não-verbais, se pretende infligir sofrimento mental, angústia, terror, humilhar e restringir a liberdade ou isolamento do convívio social; a violência financeira que consiste na exploração imprópria ou ilegal dos recursos financeiros e patrimoniais não consentido pela pessoa idosa; a violência por abandono ou negligência que concretiza na ausência proteção e assistência à pessoa idosa que dela necessite por responsáveis governamentais, institucionais ou familiares; e a violência medicamentosa que envolve a sub ou sobre medicação da pessoa idosa por parte de familiares ou cuidadores (OMS, 2002; MINAYO, 2003).

A nível macro, e numa perspectiva de atitude geral das sociedades sobre o envelhecimento existe ainda a violência estrutural e social que se traduz em qualquer comportamento político praticado por governos ou outras instituições, que promovam ou facilitem a discriminação negativa dos mais velhos na vida social, cultural, política e económica. São exemplos disso a falta de recursos e apoios à pessoas idosas relativamente a reformas ou subsídios, o apoio à habitação, vestuário, amenidades, alimentação ou estimulação cognitiva.

Os diferentes contextos em que a violência sobre a pessoa idosa ocorre são o contexto comunitário, o contexto institucional e o contexto familiar (na própria habitação ou na habitação de familiares). Os agressores das pessoas idosas são maioritariamente os familiares (cônjuge, filhos/as, netos/as), os amigos ou vizinhos e os profissionais/cuidadores formais.

Os agressores em contexto familiar

A violência em contexto familiar ou comunitário refere-se a qualquer tipo de abuso que ocorra na casa da pessoa idosa ou da família, praticado por um membro da família, amigo, vizinho ou pelo cuidador. Segundo a OMS (2002) a violência contra a pessoa idosa em contexto familiar pode ter diversas causas e assumir um carácter mais ou menos explícito, podendo ocorrer pelos seguintes motivos:

- Pela apropriação, não desejada, dos bens da pessoa idosa pelos seus familiares, levando assim a uma perda de autonomia e de poder;
- Pela desresponsabilização dos familiares, no que diz respeito a cuidados de sobrevivência da pessoa idosa, deixando esta ao abandono;
- Pela reversão das funções de autoridade dentro da família, passando a pessoa idosa a ser dominada/subjugada por alguém de uma geração mais nova a quem terá de obedecer.

Dados da APAV (2018) em Portugal, relativos aos anos de 2013 a 2017, revelam aspetos relevantes sobre os agressores em contexto familiar e o seu perfil. Registou-se um total de 5.683 processos de apoio a pessoas idosas, em que 4.556 foram vítimas de crime e de violência. O

número de agressores ultrapassou o número de pessoas idosas vítimas de violência, ascendendo aos 4.771, nestes anos.

Verificou-se ainda que em 68.31% das situações o agressor é do gênero masculino e em 29.30% é do gênero feminino e em 53% das situações, a residência comum é o local da ocorrência da agressão. Os dados revelam também que em 37.4% dos casos o agressor é filho/filha da vítima, em 27.6% é de cônjuge, em 25.8% outras, em 4.7% vizinhos e 4.5% neto/neta. Ou seja, os agressores familiares, com relação consanguínea direta, correspondem a cerca de 70% da violência sofrida pelas pessoas idosas.

Se é certo que na análise do perfil do agressor têm dominado os estudos relativos às características individuais deste, também existem abordagens que têm vindo a chamar a atenção para o contexto social que em que agressor e vítima vivem e para os seus efeitos no desencadear e na perpetuação das situações de violência.

Relativamente aos fatores individuais do agressor, Souza, Meira e Menezes (2012) referem que este se caracteriza por ser um indivíduo impaciente e com pouca capacidade empática. Na sua maioria são homens no grupo etário dos 18 aos 80 anos, embora o grosso dos agressores se localize entre os 40 e os 60 anos. Enquanto agressores, os homens estão mais associados a atos de violência física e sexual, porém 52.4% dos agressores em casos de negligência são mulheres (OMS, 2011). A violência financeira é geralmente praticada por agressores mais novos, nomeadamente os netos da pessoa idosa (MENDES *et al.*, 2019).

Em 24.3% dos agressores é encontrada alguma perturbação psiquiátrica, nomeadamente a depressão, seguida de perturbações psicóticas, como a esquizofrenia. Outros fatores que parecem decisivos na promoção e perpetuação de atos violentos contra as pessoas idosas estão associados ao pouco controlo sobre os impulsos, a alterações cognitivas e a

dificuldades de interação social, quer comunicacionais quer na resolução de problemas. Já no que concerne ao consumo abusivo de substâncias aditivas (drogas ou álcool), entre 20% e 50% dos agressores são consumidores, associando-se a situações de violência graves e continuadas, sobretudo de violência física. Salienta-se que dentre os fatores de risco de violência familiar sobre a pessoa idosa, a maioria dos estudos ressalta a forte associação entre a prática de algum tipo de violência sobre a pessoa idosa e a adição/dependência química. Já os agressores com perturbação de jogo patológico (23%) apresentam-se mais predispostos à prática da violência financeira, sobre a pessoa idosa (SMS, 2007). Também as situações de desemprego do cuidador familiar estão associadas a uma predisposição aumentada de violência financeira sobre a pessoa idosa.

Em Portugal, o Gabinete de Estudos e Atendimento das Vítimas (GEAV) revelou que em 90% dos casos de violência registados os agressores são homens, e salienta a necessidade de se estudar a inter-relação entre o agressor e a vítima para se obter a compreensão dos processos de vitimização (MANITA, 2004). A mesma tendência é encontrada nos dados da APAV (2008, 2009), em que os agressores são na sua maioria homens (cônjuges/companheiros e/ou familiares próximos das vítimas), nomeadamente aquele descendente que lhe presta cuidados, vivendo consigo ou na sua proximidade. Estes agressores familiares pertencem maioritariamente à classe média e baixa. Segundo uma revisão bibliográfica americana (Bond; Butler, 2013) perto de 90% dos agressores eram familiares da vítima e destes, 47.3% eram filhos e 19.3% eram companheiros. Os parceiros estão mais associados à prática de atos de a violência física, sexual e psicológica, já a violência financeira e a negligência são práticas mais associadas aos descendentes mais jovens da vítima.

Noutros estudos, os agressores são caracterizados como tendo menos de 60 anos, nível de ensino e rendimentos familiares baixos e consumidores de álcool ou outras substâncias psicotrópicas, com problemas psicológicos e comportamentais (MOUTON *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; LOWENSTEIN *et al.*, 2009; CHAN *et al.*, 2009; LUDEMIR, 2008; MENDONÇA *et al.*, 2008; DOSSI *et al.*, 2008; PHUA; SEOW, 2008).

A existência de uma relação de proximidade (de parentesco, de amizade ou de vizinhança) entre o agressor e a pessoa idosa tem sido realçada por vários autores. Neste cas, o agressor é uma pessoa que depende, de alguma forma, da vítima em termos económicos, financeiros e/ou afetivos (ARAÚJO *et al.*, 2009; LOWENSTEIN *et al.*, 2009).

A evidência disponível salienta também que a violência e as características dos agressores estão associadas a contexto socioculturais onde impera o poder paternalista, onde existe uma aceitação e submissão (devida à relação de proximidade entre vítima e agressor) face a comportamentos violentos, e onde a desresponsabilização dos agressores é uma prática quotidiana (MANITA, 2004; APAV, 2008, 2009).

Os fatores de risco da violência sobre a pessoa idosa são múltiplos e não dizem apenas respeito aos aspetos individuais do agressor, mas estão relacionados quer com a relação interpessoal, quer aspetos particulares inerentes ao processo de cuidados, quer ainda com aspetos do contexto sociocultural e económico em que vive.

Os principais traços encontrados em agressores familiares de pessoas idosas apontam para comportamentos aditivos; as perturbações mentais; a falta de competências e experiência na prestação de cuidados; a relutância em assumir a responsabilidade inerente à prestação de cuidados; trajetos individuais de violência; a sobrecarga e stress associadas ao cuidado da pessoa idosa; a falta de informação/formação do sobre o processo de

envelhecimento; a falta de competências e habilidades do cuidador; a falta de recursos e suporte, a dependência financeira da pessoa idosa; história de relação conflituosa com a vítima; as demências perturbações cognitivas; traços de personalidade facilitadores da violência, falta de apoio familiar; isolamento social; discriminação devido à idade; fatores económicos e sociais, nomeadamente a baixa escolaridade (GIL *et al.*, 2014).

Saliente-se o caso concreto da importância dos fatores socioeconómicos e de políticas públicas em que as pessoas idosas com apoios sociais e comunitários baixos, têm maior probabilidade de sofrerem atos violentos em comparação com aqueles que dispõem de apoios moderados e elevados. Desta forma, apoios sociais e comunitários mais elevados podem agir como fatores protetores relativamente à violência sobre as pessoas idosas OMS (2014).

Outro fator a merecer atenção é a discriminação devido à idade. O “ageism” e a ideologia discriminatória que lhe corresponde, traduz-se numa desvalorização social da pessoa idosa, mediante atitudes negativas e estereótipos em relação à mesma. Aqueles que quotidianamente cuidam e trabalham com pessoas idosas, consideram que face à idade avançada e saúde mais frágil, as pessoas idosas não se apercebem da violência de que são alvo, esquecendo que a violência não é uma situação inerente ao processo envelhecimento (Ferreira-Alves & Novo, 2006).

Os níveis de escolaridade, fazem ressaltar a complexidade dos fatores inerentes ao agressor e a forma como se conjugam e operam no desencadear da violência. Estudos assinalam ainda que baixa a escolaridade, está associada a uma maior a probabilidade de a pessoa idosa sofrer violência financeira nas suas diversas formas. Já quando o grau de escolaridade é mais elevado, parece existir uma maior a probabilidade de a idosa sofrer violência psicológica. A explicação para esta aparente

contradição, reside no facto de que muito provavelmente as pessoas idosas com níveis de escolaridade mais elevados, estarem mais despertas para os diferentes tipos de violência, denunciando essas ocorrências, como acontece no caso da violência emocional.

A multiplicidade e a complexidade dos fatores associados ao agressor familiar, que podem estar na origem dos atos violentos sobre a pessoas idosa, revelam a importância de um trabalho multidisciplinar e intersectorial no combate e prevenção da violência, onde as ações isoladas, centrada apenas sobre as características individuais do agressor, estão à partida condenadas ao insucesso. Este é um trabalho que requer uma integração de esforços e cuidados, centrados na pessoa (vítima e agressor), no ambiente familiar, no contexto comunitário e social, no contexto de saúde e essencialmente no contexto das políticas públicas.

Os agressores em contexto institucional

Em quase todos os países onde existem instituições de cuidados de saúde ou de respostas sociais para pessoas idosas (hospitais, clínicas, estruturas residenciais, centros de dia, centros de convívio) foram identificadas situações de violência sobre essas mesmas pessoas (OMS, 2014). Porém, a existência de violência em contexto institucional, seja interpessoal, seja organizacional, raramente é investigada ou mencionada, embora se saiba da sua existência.

A violência institucional contra idosos refere-se a qualquer tipo de ato violento ou de maus-tratos que ocorra em instituições que prestam cuidados sociais ou de saúde a pessoas idosas, praticados habitualmente por profissionais/cuidadores. Uma outra forma de violência institucional designa-se por “agressão residente-residente” e é descrita como uma

interação negativa e agressiva de cariz sexual, físico ou psicológico entre residentes idosos de uma instituição (OMS, 2002).

Embora se considere que deveria ser feita a distinção entre atos individuais de violência em contexto institucional e a violência institucional, na qual o regime prevalente da instituição é em si violento ou negligente, na prática é muitas vezes difícil identificar e distinguir os atos individuais, das falhas institucionais, já que ambos coexistem e se interpenetram.

A violência institucional refere-se, aquela que é causada pela própria instituição, seja através da sua estrutura organizacional, dos seus métodos de trabalho, ou das pessoas que nela trabalham e/ou vivem. A violência institucional pode expressar-se sob diversas formas desde a violência interpessoal (física, emocional, sexual, financeira) até à violência organizacional ou à negligência. Pode também resultar de uma permissividade institucional relativamente a determinado tipo de atos violentos ou negligentes, ou à ausência de uma política institucional de prevenção e combate à violência.

A violência no interior destas instituições resulta de um amplo espectro de fatores, que embora variando de país para país, vão desde as dificuldades de adaptação ao ambiente por parte da pessoa idosa, a dificuldades na interação com os outros residentes (má comunicação, agressividade e diferenças culturais), passando pelas condições institucionais (falta de privacidade, instalações em mau estado de conservação, utilização de amarras, estimulação sensorial inadequada, propensão a acidentes dentro da instituição), pelas políticas organizacionais (trabalho em benefício da instituição, oferecendo às pessoas idosas poucas escolhas sobre a vida diária, atitudes burocráticas ou insensíveis, fraudes envolvendo bens ou dinheiro dos utentes), à nutrição inadequada; deficiente prestação de cuidados de saúde; lacunas de vária ordem ao nível dos recursos

humanos (*stress, burnout*, sobrecarga de trabalho, condições de trabalho deficientes ou formação insuficiente) (YON *et al.*, 2019).

Os tipos de violência mais frequentemente praticados sobre os idosos em contexto institucional são a violência interpessoal e a violência organizacional. Na prática, porém, muitas vezes é difícil identificar ou fazer a distinção entre atos individuais de violência em contexto institucional e a violência organizacional institucional, uma vez que ambas se interpenetram frequentemente, tornando difícil identificar onde começa uma e termina a outra, ou estabelecer objetivamente qual a prevalece em cada situação. A violência interpessoal em contexto institucional, tal como fora deste contexto, concretiza-se na agressão física (uso da força física para causar dano), no abuso material ou financeiro (apropriação indevida dos bens da pessoas); na violência sexual (comportamentos sexuais ofensivos), na violência psicológica (ações verbais ou não verbais que verbais ou não-verbais, que têm o objetivo de infligir sofrimento mental, angústia, terror, humilhar a pessoa), e na negligência e/ou abandono (ausência de apoio e cuidado à pessoa idosa que deles necessite, por parte das entidades ou familiares) (DGS, 2014).

A violência organizacional/institucional materializa-se na existência de um conjunto de disposições organizacionais que interferem com a autonomia, liberdade e direitos da pessoa idosa, em restrições excessivas plasmadas nos regulamentos internos inibidores de autonomia e liberdade da pessoa idosa, que passa a ser obrigada a cumprir criteriosamente; nos horários impostos pelos cuidadores formais, nas regras de funcionamento, incluindo autorizações para qualquer movimento/deslocação dentro ou fora da instituição (APAV, 2011; 2019).

Este tipo de violência ou negligência (organizacional) pode incidir a nível alimentar (mediante restrição alimentar ou não respeitando as dietas alimentares ou necessidades dietéticas), a nível do vestuário

(uniformização ou marcação visível do vestuário), do confinamento (fechar os utentes fora e dentro dos quartos ou os equipamentos, imobilização mediante contenção das pessoas idosas), na restrição sensorial (ausência de espaços e atividades de estimulação, de meios de participação e expressão, ausência de privacidade), na medicação/regime terapêutico (não providenciar de cuidados de saúde ou ajudas técnicas quando a pessoa deles necessita, ignorar queixas das pessoas, sobre-medicação, sub-medicação, sedação sem prescrição), a nível das amenidades (divisões sem arejamento, mobiliário degradado, higiene deficiente, decoração pouco cuidada), ao nível da segurança (barreiras à acessibilidade, equipamentos em mau estado de conservação, ausência de campainhas de alarme, inexistência de saídas de emergência), na privacidade (ausência de divisórias entre camas num mesmo quarto, manter portas abertas ou não correr as cortinas durante a higiene pessoal dos utentes; apressar o utente para a satisfação das suas necessidades fisiológicas), na higiene pessoal (não promover a higiene adequada das pessoas idosas, utilizar toalhas, esponjas, escovas de dentes, e pentes comuns, ignorar o pudor das pessoas), na despersonalização e na desumanização (em que as necessidades individuais não tidas em consideração), ao nível da comunicação (praguejar com as pessoas, infantilizar, usar termos paternalistas, mentir e promover a intriga), ao nível dos recursos humanos (não providenciar recursos humanos adequados e em número suficiente, não dar ou facilitar oportunidades formativas e de supervisão ao pessoal, empregar pessoal não qualificado para as funções a desempenhar, reduzir o pessoal ao mínimo possível em horário noturno, fim-de-semana, feriados, não controlar situações de abuso de poder) (YON *et al.*, 2019).

A violência exercida nestes contextos soa ainda mais dissonante considerando que a sua missão deveria passar pela preservação e proteção da vida, do bem-estar e da dignidade das pessoas idosas, enquanto seus

utentes. Embora não seja um assunto muito investigado na sociedade portuguesa, este tipo de violência remete Portugal para o topo da tabela dos países com maiores índices de violência (39,4%), num total de 53 países europeus (OMS, 2011).

Os cuidadores formais agressores

Alguns estudos (OMS, 2002) revelaram que uma parte significativa das equipas prestadoras de cuidados admite ter sido testemunha de, pelo menos um incidente de violência física cometido por outros elementos da equipa, e parte dos profissionais/cuidadores admitem ter sido os próprios a cometer esse tipo de agressões. Estes achados sugerem que o número de maus-tratos contra pessoas idosas residentes em instituições pode ser muito mais extenso do que geralmente se conhece. A OMS vem ainda denunciar que muitas das mortes, tanto em cenários institucionais como na comunidade, têm sido frequentemente consideradas causas naturais, acidentais ou indeterminadas, quando a realidade é que foram consequência de comportamentos agressivos ou negligentes.

Alguns profissionais de saúde identificam determinados comportamentos como violência e negligência se estas ocorrerem em contexto familiar. Contudo, se esses mesmos comportamentos ocorrerem em contexto institucional, já os consideram parte integrante dos procedimentos normativos profissionais. Outros, têm uma representação da violência como apenas produtora de sinais corporais visíveis, passíveis de ameaçar a vida. No entanto, a violência institucional não é menos grave que em qualquer outro contexto, pois promove igualmente sentimentos de culpa, solidão, dependência, indignidade e inutilidade aumentando a sensação de solidão e desamparo. Assim, verifica-se que as diferentes

ações são distintamente interpretadas por quem as executa, por quem as sofre ou por quem as observa (FERNANDES; SILVA, 2016).

Os profissionais/cuidadores formais expressam diferentes formas de compreender a violência. Percecionam-na como prática habitual produzida pelo outro, enquanto conduta cultural, uma consequência da deficiência estrutural e como comportamento individual. Porém, não se reconhecem a si mesmos enquanto agressores, tratando-se sempre de um problema “produzido pelo outro”: familiares, colegas de profissão, colegas da equipa multidisciplinar, ou pelas pessoas/utentes (SOUZA; MEIRA; MENEZES, 2012).

A construção de um perfil psicológico do agressor institucional remete para alguém com pouca capacidade crítica acerca das suas próprias ações, projetando no outro todas as suas características negativas através de projeção. A escassa capacidade empática não lhe permite ligar-se ao sofrimento e à vulnerabilidade/fragilidade da pessoa idosa, mas tem a capacidade de identificar más práticas profissionais, que vai alojar na sua representação do “outro” profissional. Quando os atos violentos são protagonizados por si são justificadas, a partir das ações do “outro”, neste caso a pessoa idosa, justificando assim a aplicação da violência nas suas ações de cuidar. Este agressor pode ainda ter uma perturbação narcísica, e procurar sistematicamente que os outros reconheçam e exaltem o seu valor, ao mesmo tempo que apresenta um mundo interno extremamente fragilizado e um medo profundo, não identificado pelo próprio como tal, de que o rejeitem ou avaliem de forma negativa, tornando-se imperativo desvalorizar e rejeitar os outros antes que o façam consigo. Quando o outro lhe parece ser melhor sucedido, desperta em si sentimentos de inveja, levando-o a destruí-lo/agredi-lo e a projetar na sua vítima as suas próprias angústias e frustrações. Isto faz com que a sua representação da

situação de violência, seja de que tipo for, seja perfeitamente justificada (GREENBERG; MITCHELL, 2003).

No que refere às características sociodemográficas, estudos mostram que os possíveis agressores são predominantemente homens e profissionais/cuidadores de estruturas residências para idosos. Os agressores familiares, são em número desproporcionalmente mais reduzido, face ao nível de informação existente e divulgada (OMS, 2002).

Nos agressores de pessoas idosas identificaram-se também comprometimentos a nível cognitivo, bem como a existência de diagnósticos psiquiátricos, abuso de substâncias e antecedentes criminais. Estudos demonstram que as motivações para a perpetuação de violência são diferentes de pessoa para pessoa, porém, há variáveis comuns, nomeadamente a baixa competência social e a escolha de vítimas mais vulneráveis. Neste contexto é ainda referenciado o estado de exaustão do cuidador formal enquanto promotor de situações de violência (OMS, 2011).

A intervenção com agressores

Uma das formas de quebrar o ciclo de violência e prevenir futuras situações de vitimação, é promover intervenções junto dos agressores tanto a nível do comportamento como no âmbito do relacionamento com as vítimas.

Considera-se fundamental e recomendável que as intervenções sejam realizadas de uma forma integrada e integradora, tanto nos agressores, com nas vítimas. Além disso, devem ocorrer paralelamente à intervenção em vítimas e constarem, nos planos nacionais de luta contra a violência. A intervenção com agressores tem lugar a nível individual, familiar ou em grupo e os programas mais frequentemente utilizados englobam estratégias de gestão da ira/raiva, treino do autocontrolo,

grupos de autoajuda, programas psicoeducacionais e psicoterapêuticos (MANITA, 2004).

De acordo com o estudo de (SILVA; DIAS, 2015), cuja finalidade foi averiguar o impacto de uma intervenção psicoeducativa sobre os agressores de pessoas idosas, verificou-se uma maior eficácia, em termos de sensibilização, ponderação, raciocínio e tomada de consciência, por parte dos agressores, no âmbito do envelhecimento e das exigências, que lhe estão associadas. A partir da intervenção, os resultados sugerem melhorias ao nível do bem-estar individual, no desenvolvimento de estratégias em caso de conflito, na diminuição de pensamentos disfuncionais, maior conhecimento sobre os serviços disponíveis e um aumento no conjunto de competências para lidar e cuidar de pessoas idosas.

Outros estudos sobre a intervenção psicoeducativa com agressores, têm evidenciado contributos para uma maior sensibilização, reflexão e consciencialização sobre a complexidade do envelhecimento, das questões que o envolvem e da importância de compreender a pessoa idosa de uma forma holística, plena de direitos (e deveres) na sociedade atual. Sugerem os referidos estudos que existe uma melhoria no bem-estar dos agressores, um aumento do uso de estratégias em caso de conflito, uma diminuição significativa de pensamentos disfuncionais, um aumento do conhecimento sobre os serviços e recursos disponíveis, uma melhoria da autoeficácia e um aumento do de habilidades para lidar com a pessoa idosa (SILVA; DIAS, 2015).

Revelaram ainda que existe deficiente preparação da maioria dos agressores para acompanharem intervirem no processo de envelhecimento dos familiares, pelo que se torna essencial implementar campanhas de esclarecimento e ajuda das famílias e comunidades, na gestão do processo de envelhecimento com que são confrontadas.

Verificou-se também que grande parte dos agressores não perspectivam os seus atos violentos como problemáticos. Isto faz com que não sintam necessidade de os alterar. Tal como na intervenção em vítimas, a intervenção em agressores implica, o desenvolvimento de programas de intervenção específicos, centrados na educação comunitária, na educação para a cidadania e para a igualdade de direitos, e ainda no combate às formas de violência socializada, sustentadas em crenças e mitos fortemente enraizados na cultura atual (CIG, 2016).

Nos últimos anos têm sido implementados, em Portugal, programas integrados de carácter interinstitucional e intersectorial que atuam nas diversas áreas da violência (social, saúde, segurança, emprego, justiça), quer destinados à intervenção junto do agressor visando a integração social e dispensando apoio psicológico e apoio jurídico, quer na proteção das vítimas, quer na promoção do combate à violência, ou na vigilância de novos casos emergentes de violência. Todas estas estratégias de atuação apontam sempre para proteção das vítimas e para a condenação e reeducação dos agressores (DUARTE, 2004).

Também o surgimento, de diversas organizações não governamentais (ONG), contribuiu para reforçar as estratégias e programas públicos de prevenção da violência e de apoio às vítimas, e igualmente as estratégias de intervenção com os agressores, ajudando à redefinição do papel da vítima e agressor das pessoas idosas em todo o processo de violência familiar e institucional. A conceção dominante sobre a violência contra as pessoas idosas tem sempre em consideração a proteção das vítimas, assim como a condenação e reabilitação dos agressores (BARROSO *et al.*, 2009; BATANETE, 2005).

Para que esta conceção prevaleça e os seus princípios possam manter-se, será necessário que a estratégia política continue a promover e reforce uma maior articulação entre os sistemas judicial, de segurança,

de saúde, de apoio social e educativo, ao mesmo tempo que não se podem descurar as campanhas de sensibilização comunitárias, das vítimas e dos agressores familiares e institucionais, sobre a violência sobre as pessoas idosas, em que sejam abordadas temáticas como genderização do fenómeno, os diferentes tipos de violência as pessoas idosas estão mais sujeitas, a denúncia da situação, a importância de romper com a cultura de permissividade e silêncio, as medidas de proteção da vítima e a intervenção com os agressores.

Considerações finais

A compreensão do processo de construção da violência dos agressores, quer no ambiente familiar, quer no ambiente institucional possibilitará estabelecer as lógicas de ação face a um fenómeno histórico, complexo e ainda muitas vezes silenciado na sociedade atual. Apesar de o número de pessoas idosas continuar a aumentar na sociedade portuguesa, maioritariamente o seu estatuto social mantém-se baixo. O elevado grau de dependência, o isolamento social e a fragilidade física e económica levam a um maior risco de ocorrência de violência.

Salvaguardar os direitos das pessoas idosas é uma matéria que diz respeito a todos os setores da sociedade, pelo que se torna imperativo estimular a solidariedade entre gerações e desenvolver uma consciência social integradora, que confirme o valor social das pessoas idosas, reflita o processo de envelhecimento e considere a igualdade de oportunidades, através da complementaridade de uma atuação transdisciplinar entre as diferentes áreas do conhecimento no combate à violência contra as pessoas idosas.

Está em causa proteger, no sentido de salvaguardar a integridade, a dignidade, as aptidões e a experiência de vida da pessoa idosa e

paralelamente intervir sobre os agressores, sempre com o objetivo final de proteger a vítima, punir e recuperar os agressores, romper o silêncio e quebrar o ciclo da violência. Só desta forma será exequível proteger os direitos da pessoa idosa mediante respostas que possibilitem prevenir os impactos da violência na sociedade.

É necessário sensibilizar e alertar a população para o facto de que aqueles que, quer em contexto familiar, quer em contexto institucional, deviam cuidar e proteger as pessoas idosas, encarnam o papel de agressores e que, de forma explícita ou implícita, não só praticam a violência contra as pessoas idosas, como promovem a “cultura do silêncio” instalada na cultura do medo, onde se vê, mas não se sabe ou, onde se sabe, mas não se viu.

São raras as vezes em que a denúncia e o conseqüente reconhecimento da violência institucional chegam às fontes de informação oficiais, ficando limitada à comunicação informal e ao quase desconhecimento acerca deste tipo de situações. A própria evidência científica é escassa, e muita da informação referente à violência institucional reporta-se apenas a casos de violência contra os profissionais/cuidadores, ou apresenta estes mesmos agentes como denunciadores de violência em contexto comunitário e familiar.

O mundo dos agressores das pessoas idosas é uma história que tem que começar a ser contada e a envolver todos os seus protagonistas. Quando se materializa um ato de violência contra as pessoas idosa, há sempre uma vítima e um agressor. Para quebrar o ciclo da violência, aos dois protagonistas deve ser dado o papel principal (denúncia e proteção para a vítima, punição e recuperação/reeducação para o agressor).

Referências

- APAV. Associação de apoio à Víctima. *Estatísticas APAV: Relatório anual de 2018*. Lisboa. 2019.
- APAV. Associação de apoio à Víctima. *Estatísticas APAV: Relatório anual de 2015*. Lisboa. 2016.
- APAV. Associação de apoio à Víctima. *Estatísticas APAV: Relatório anual de 2010*. Lisboa. 2011.
- APAV. Associação Portuguesa de Apoio à Víctima. *Estatísticas APAV: Pessoas idosas vítimas de crime e de violência 2013-2017*. Lisboa. 2018.
- APAV. Associação Portuguesa de Apoio à Víctima. Relatório estatístico de APAV. 2008.
- APAV. Associação Portuguesa de Apoio à Víctima. Relatório estatístico de APAV. 2009.
- ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; LOBO FILHO, Jorgeano Gregório. Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: reflexão e Crítica*, v. 22, p. 153-160, 2009.
- BARROSO, Zélia; PATRÍCIO, Joana; LEANDRO, Alexandra. A violência contra mulheres numa perspectiva comparativa (1995-2007). *Violência e Género – Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género:14-37, 2009.
- BATANETE, Diana Horta Oliveira. *Violência doméstica*. Fontes de Informação Sociológica, 2005.
- BOND, Michael C.; BUTLER, Kenneth H. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clinics in geriatric medicine*, v. 29, n. 1, p. 257-273, 2013.
- CHAN, T. C. *et al.* Financial abuse in a mentally incapacitated old man. *Hong Kong Med J*, v. 15, n. 3, p. 213-6, 2009.
- CIG. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Guia de requisitos mínimos de intervenção em situações de violência doméstica e violência de género. Presidência do Conselho de Ministros. 2016.
- DGS. Direção Geral de Saúde *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde Ed. 2014.

- DOSSI, Ana Paula *et al.* Epidemiological profile of domestic violence: complaints of aggression filed in a city in São Paulo State, Brazil, from 2001 to 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 1939-1952, 2008.
- DUARTE, V. Uma reflexão sociológica sobre o impacto da legislação penal portuguesa no crime de violência conjugal. http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1154094288_60.pdf, acessado em, v. 6, n. 03, p. 2012, 2004.
- FERNANDES, Maria Júlia Carneiro; DA SILVA, Alcione Leite. Violência contra a pessoa idosa no contexto português: questões e contradições. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 13, n. 1, 2016.
- FERREIRA-ALVES, José; NOVO, Rosa Ferreira. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 6, n. 1, p. 65-77, 2006.
- GIL, Ana Paula *et al.* Projeto Envelhecimento e Violência. Lisboa. Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia. Lisboa. 2014.
- GREENBERG, Jay R.; MITCHELL, Stephen A. Relações objetivas na teoria psicanalítica. Lisboa: Climepsi Ed, 2003.
- LOWENSTEIN, Ariela *et al.* Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, v. 21, n. 3, p. 253-277, 2009.
- LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 451-467, 2008.
- MANITA, Celina. A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal: Estudo preliminar de caracterização. 2004.
- MENDES, Felismina *et al.* Risco de violência sobre pessoas idosas-Teste da escala ARVINI. 2019.
- MENDONÇA, Reginaldo Teixeira *et al.* Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e sociedade*, v. 17, p. 95-106, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 783-791, 2003.
- MOUTON, Charles P. *et al.* Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *The Annals of Family Medicine*, v. 8, n. 3, p. 206-213, 2010.
- OLIVEIRA, Janaina Barbosa de *et al.* Violência entre parceiros íntimos e

álcool: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 26, n. 6, p. 494-501, 2009.

KRUG, Etienne G. *et al.* World report on violence and health/edited by Etienne G. Krug...[*et al.*]. In: World report on violence and health/edited by Etienne G. Krug...[*et al.*]. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* European report on preventing elder maltreatment. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (CH). World report on violence prevention. 2014.

PHUA, D. H.; NG, T. W.; SEOW, E. Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Medical Journal*, v. 49, n. 10, p. 765-773, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Caderno de Violência Contra Pessoas Idosas. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

SILVA, Cirlene Francisca Sales; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Violência Contra Idosos na Família: intervenção psicoeducativa junto aos agressores. 2015.

SOUZA, Andréa dos Santos; MEIRA, Edméia Campos; MENEZES, Maria do Rosário. Violência contra pessoas idosas promovida em instituição de saúde. *Mediações-Revista de Ciências Sociais*, v. 17, n. 2, p. 57-72, 2012.

YAN, Elsie; SO-KUM, Catherine; YEUNG, Tang Dannii. No safe haven: A review on elder abuse in Chinese families. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 3, n. 3, p. 167-180, 2002.

YON, Yongjie *et al.* The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*, v. 29, n. 1, p. 58-67, 2019.

Agradecimentos

Este capítulo resulta do estudo ESACA, com a Ref: ALT20-03-0145-ERDF-000007 que foi cofinanciado pelos programas ALENTEJO 2020, Portugal 2020 e União Europeia através do Fundo Regional Europeu para o Desenvolvimento. Os autores agradecem a todas as entidades financiadoras e a todos as instituições e participantes no estudo, pela sua contribuição para o projeto ESACA.

CAPITULO 9

EL APRENDIZAJE EN ENTORNOS CLÍNICOS SIMULADOS¹

José Luis Díaz Agea
Maria do Céu Marques

Introducción. Implicaciones del aprendizaje con simulación.

Nadie pondría en duda la afirmación de que el aprendizaje de los futuros profesionales de la salud debe ser riguroso, exhaustivo, basado en evidencias y que les capacite para ejercer su labor con competencia tanto en áreas técnicas y científicas (clínicas), como en no clínicas o humanas (comunicación, respeto, empatía, etc.).

Hasta hace bien poco, se daba por supuesto que dichas competencias se adquirirían mediante un plan de estudios con una fuerte carga teórica, impartida por expertos profesores en clases magistrales con un método unidireccional y expositivo. También con el estudio de manuales rigurosos y con abundantes páginas (cuantas más mejor). La parte práctica estaba asegurada con horas de tutorización en un hospital (con desiguales planteamientos y organización dependiendo de los estudios cursados y el país de referencia) o en seminarios teórico-prácticos donde las técnicas se enseñaban con un esquema descontextualizado (sondar, auscultar, pinchar, drenar, suturar).

En este esquema (no tan lejano), la competencia del alumno se evaluaba con complejos exámenes tipo test (el alumno más competente es el que contestaba más preguntas correctas y menos incorrectas) o con

1 DOI; 10.5281/zenodo.7682742

exámenes prácticos (el alumno demostraba que sabía sonar, auscultar, pinchar, drenar, suturar). Era predictivo que uno sería un buen profesional si tenía un buen expediente académico. Esta afirmación nadie la pone en duda. Ni siquiera ahora mismo.

Experiencia y reflexión

Sin embargo, desde hace unas décadas, se están implantando otros modelos de aprendizaje y evaluación en todas las disciplinas (en las ciencias de la salud también). La mera asunción de un temario y su memorización, para luego contestar una prueba escrita o test no era suficiente para predecir que un profesional era competente. El aprendizaje iba cobrando otro sentido, más activo, menos pasivo y más construido por el propio agente y protagonista del aprendizaje, el alumno. Las teorías constructivistas del aprendizaje no son nuevas, pero su generalización y su materialización en la práctica son difíciles de precisar en la actual formación de los profesionales. Desde una perspectiva constructivista (JONES; BRADER-ARAJE, 2002), se ha visto que el aprendizaje tiene un componente fundamentalmente activo. Precisa de motivación del alumno por aprender y requiere de un proceso atencional dirigido al aprendizaje dinámico.

El papel del profesor experto, de la clase magistral impartida con tesón, de la importancia del examen final, del estudio exhaustivo de incontables datos (la mayoría serán pasto del olvido), son cuestiones tan arraigadas en nuestro modelo de enseñanza que cuesta imaginar que, quizá, no sean tan relevantes para la práctica profesional futura. Sería casi un sacrilegio afirmar que, quizá, no sirvan tanto como pensamos los docentes.

Si uno examina cómo ha llegado hasta aquí, sus años de estudiante,

con listados interminables de síntomas que memorizar, con incontables materias que estudiar, se da cuenta de la desconexión entre teoría y práctica. Se da cuenta de la multitud de dogmas que ha asumido sin el menor atisbo de crítica, que luego resultaron ser erróneos (porque eso es lo que ocurre con el conocimiento científico, que se renueva, y para ello debe deconstruir lo anterior y muchas veces eliminar lo que era dogma, que ahora ya es pecado).

De lo anterior se deriva que el proceso de aprendizaje no es únicamente un proceso cognitivo (que lo es), sino que existe un componente experiencial (aprender *haciendo*), otro observacional activo (aprender *viendo* lo que otros hacen) y uno reflexivo (proceso cognitivo de conceptualización e integración de la práctica con el conocimiento propio). David Kolb afirmaba que el aprendizaje es el proceso mediante el cual el conocimiento se crea a través de la transformación de la experiencia (KOLB, 2014). De hecho, Kolb resume el proceso en 4 etapas (Feeling, Watching, Doing, Thinking). Aunque es obvio que se requiere un punto de partida de conocimiento teórico, éste no resulta el pilar del proceso dinámico que funcionaría como un ciclo interminable de reflexión/experiencia.

Si uno medita un momento y se para a reflexionar, se da cuenta de que el aprendizaje real se construye con la interacción del alumno con situaciones reales (o lo más reales posibles) en las que probablemente cometerá incontables errores, de los cuales aprenderá, porque, eso sí, capacidad para reflexionar tenemos y mucha.

El error como fuente de aprendizaje

Ya nos advirtió Karl Popper de la imposibilidad de evitar los errores (POPPER, 2001). Su visión estaba orientada al conocimiento científico

y al desarrollo de los paradigmas que lo sustentan. De modo que el error debe ser tomado en consideración como un elemento no sólo posible, sino necesario para poder avanzar.

Para un profesional de la salud asumir que somos humanos y que cometemos errores es liberador. Es el punto de partida para aprender de la experiencia y lo que dota de una verdadera humildad nuestra labor. Podemos equivocarnos, de hecho, es algo usual, está en nuestro ADN equivocarnos; pero también aprender del error. Lo que ocurre es que, cuando trabajamos con personas, equivocarse puede traer consecuencias negativas para los pacientes. Sobre todo, en el período crítico de formación de los profesionales de la salud, en el que son los pacientes nuestros maestros y la clínica nuestro principal campo de entrenamiento.

El problema de la gestión del error no viene dado por sus características específicas (tipo de error, consecuencias para la persona que lo comete y para terceras personas o cosas, implicaciones legales, etc.), sino precisamente por la valoración del error que se hace de manera implícita y explícita (la equiparación de error a fracaso y la consecuencia negativa del mismo).

Desde pequeños nos han enseñado que equivocarnos está mal, muy mal. De hecho, es la principal fuente de frustración en las sociedades occidentales, porque, en muchas ocasiones, se asimila error a la no consecución de una meta (intrínseca o extrínsecamente constituida). En las sociedades de corte colectivista (orientales) se ha visto que el error es el motor del cambio mientras que en las sociedades de corte individualista lo es la búsqueda del éxito. Según los planteamientos de los estudios transculturales que analizan la motivación (KITAYAMA *et al.*, 2009), las personas pertenecientes a culturas individualistas se motivan al alcanzar el éxito (motivación de aproximación), mientras que las colectivistas (como las culturas orientales) se orientan más a la evitación del fracaso

(motivación de evitación) (HAMAMURA *et al.*, 2009) whereas East Asians should be more attentive to avoidance-oriented information. Three studies confirmed this hypothesis. When asked to recall information framed in either approach or avoidance terms, a predicted interaction between culture and information frame was observed (Study 1 and 2).

Ello explicaría que, en nuestros estudiantes, la motivación se incrementa después del éxito, mientras que en culturas colectivistas lo haría después del fracaso. Así se entiende que su tendencia cultural les orienta a intentar trabajar duro o persistir en tareas en que tengan éxito, más que en responder a los eventos que señalan negatividad y necesidad de mejora.

Estos aspectos ilustran perfectamente nuestro posicionamiento habitual cuando un alumno se equivoca (lógicamente reprenderle y exigirle que cambie, previo paso por el suspenso). En la clínica ocurre algo parecido. Cuando un profesional se equivoca, lo habitual es que se tomen medidas en su contra y se le penalice. Precisamente por eso, la mayoría de eventos de seguridad de los pacientes se quedan sin registrar (por miedo).

La seguridad del paciente y la experiencia de la “primera vez”

Cuando se aprende con simulación lo que ocurre es que una serie de personas (que pueden ser profesionales o estudiantes) se entrenan en situaciones y entornos muy parecidos a la realidad mediante un método que implica que van a comportarse tal y como lo hacen en sus trabajos (profesionales) o cómo lo harían si ejercieran su futura profesión (estudiantes).

Las implicaciones sobre la seguridad de los pacientes son obvias. No en vano, todos sabemos las consecuencias que tiene para un paciente

que un profesional practique por primera vez un procedimiento sobre su cuerpo (y siempre hay una primera vez en todos los procedimientos y en todos los profesionales). La primera vez tiene connotaciones negativas. A nadie le gustaría que le operase un cirujano que es la primera vez que realiza la operación. Es indiscutible. Por eso tiene sentido el entrenamiento con modelos lo más parecidos a la realidad, eso es un primer paso. Aprender primero en simuladores y practicar en maniqués se viene haciendo desde hace décadas y es una consecuencia ética del principio de no maleficencia.

Otra implicación ética del aprendizaje con simulación deriva del supuesto de que los equipos que están bien formados y actualizados atenderán mejor a sus pacientes. Se ha visto que muchos de los eventos que implican daño al paciente (la mayoría) tienen que ver con factores humanos (GORDON; DARBYSHIRE; BAKER, 2012) : errores de comunicación, liderazgo, trabajo en equipo deficiente, etc. Estos aspectos, junto con las decisiones éticas (DÍAZ AGEA *et al.*, 2018) se pueden entrenar mediante simulaciones. Pero es importante no dejar de lado una cuestión fundamental, para trabajar en simulación, los participantes deben estar abiertos a la crítica, como sugería Popper, deben incluso deseársela y realizarla. La crítica constructiva y la autocrítica deberían ser el motor de la ciencia. Por eso lo primordial es la bondad con la que se critica, y para eso, lo fundamental es eliminar o reducir al máximo el miedo al error. Es difícil, ya que nos hemos acostumbrado a que continuamente nos castiguen por errar. Sin embargo, ese es el pilar del bienestar psicológico cuando se aprende con simulación. Si los participantes están seguros y hay un clima de confianza, todo fluye y el aprendizaje se convierte en una experiencia altamente satisfactoria.

La seguridad de los participantes.

Sin un clima psicológicamente seguro es complicado que varias personas (profesionales o estudiantes) se pongan en situación, en una sala que imita un hospital, con varias cámaras y micrófonos grabando y siendo observados por un experto y un grupo de profesionales (de diferente estructura jerárquica) o estudiantes, que juzgarán sus conductas en una discusión posterior (debriefing).

Para comenzar a trabajar con simulación hay muchos aspectos a tener en cuenta, la detección de las necesidades de entrenamiento, las competencias y objetivos que se quieren practicar, el diseño de los escenarios, la preparación de la tecnología y los aspectos técnicos para poder llevarlo a cabo, el tipo de simulación que se desea implementar (según los objetivos y el grado de fidelidad principalmente), etc. Pero si hay un elemento fundamental cuando se trabaja con grupos de personas sometidas a evaluación de su competencia, escenarios desconocidos, grabación y juicio sobre sus acciones, es crear una atmósfera de seguridad.

El proceso de aprendizaje con simulación implica una alta participación tanto del facilitador y las personas que se ocupan de los aspectos técnicos, como de la institución y por supuesto de los estudiantes o profesionales. En la actualidad, el prebriefing (RUTHERFORD-HEMMING; LIOCE; BREYMIER, 2019) o proceso previo de preparación de la simulación, ha cobrado una importancia crucial e incluye aspectos tan importantes como el contrato de ficción, la confidencialidad, la logística, los objetivos del escenario, y sobre todo la creación de un entorno psicológicamente seguro (RUDOLPH; RAEMER; SIMON, 2014).

Este entorno implica que los participantes no se sienten amenazados durante el aprendizaje y están confiados. Los juicios y las críticas serán realistas, pero desde el respeto, y se fomentará la autocrítica. Las

conductas que vulneren dichos principios serán detectadas y moduladas por el facilitador (que es la persona que dirige o coordina la sesión) ayudado por el resto de participantes, que funcionarían como un organismo, como un todo, con un objetivo: aprender conectando lo que uno cree que sabe con lo que uno hace y con lo que observa en otros (todo ello con la reflexión como marco).

La ausencia de competitividad agresiva dentro del grupo es una condición necesaria para la gestación de esta atmósfera de confort, y es que sólo es agradable cuando se erige como medio para perfeccionar las propias habilidades (CSIKSZENTMIHALYI, 2018). La relación simétrica entre iguales, el clima de confianza, el respeto mutuo y el conocimiento de lo que se espera de cada uno ya han sido descritos como elementos necesarios para un buen funcionamiento de la simulación (RUDOLPH; RAEMER; SIMON, 2014).

A estos aspectos podemos añadir que creemos fundamental generar una complicidad cuando se trabaja con equipos (BAUMEISTER; LEARY, 1995); (KUSURKAR; TEN CATE, 2013). Esto es posible si han sido convenientemente testeados por el facilitador (que debe percibir la atmósfera inicial del grupo y detectar, por ejemplo, posibles elementos disruptivos, personas inhibidas o demasiado acaparadoras de la atención) o preparados con dinámicas de grupo previas que trabajen la interacción y la interdependencia de los miembros.

El prebriefing junto con la planificación y preparación de los escenarios, el desarrollo de las sesiones y sobre todo la facilitación de la reflexión, son aspectos que directamente están relacionados con la motivación hacia el aprendizaje de las personas implicadas.

Simulación, aprendizaje y motivación

Los aspectos cognitivos y psicológicos relacionados con el aprendizaje en simulación han sido considerados en numerosas investigaciones, orientadas sobre todo en el manejo seguro de las sesiones y en aspectos instrumentales relacionados con la gestión y evaluación del estrés de los participantes (ALLEN, 2018) (CANTRELL; MEYER; MOSACK, 2017) (NIELSEN; HARDER, 2013) así como en la descripción de elementos relacionados con el manejo emocional en las sesiones de simulación (MANO *et al.*, 2019).

Se ha visto que la motivación de los estudiantes es un elemento clave para conseguir una educación en ciencias de la salud efectiva, ya que tiene un impacto positivo en el aprendizaje (COOK; THOMPSON; THOMAS, 2011). Algunos estudios experimentales con estudiantes de medicina y enfermería (DANKBAAR *et al.*, 2016); (FAWAZ; HAMDAN-MANSOUR, 2016), han propuesto que la simulación resulta ser un método motivador en el grupo que aprendió con simulación comparado con el grupo control.

También se han formulado recomendaciones acerca de la necesidad de aumentar la motivación de los alumnos en el ámbito universitario con simulación multiprofesional (PETERSON *et al.*, 2019), o incluso, que es necesario que se investiguen los aspectos relacionados con la motivación en la formación en ciencias de la salud, al ser un campo poco explorado (COOK; ARTINO, 2016). También se han realizado recomendaciones sobre la necesidad de identificar qué factores pueden influir en la motivación y la confianza de los estudiantes para implementar estrategias para evitar la desmotivación durante sus prácticas clínicas (KIEGALDIE *et al.*, 2019).

Respecto a elementos motivadores en el aprendizaje con simulación, se han identificado algunos relacionados con la tecnología y otros con el

método de entrenamiento. Es algo aceptado que las nuevas tecnologías resultan motivadoras para el aprendizaje y que la simulación requiere de una implicación muy activa de los participantes, lo que puede resultar motivador (REEVES *et al.*, 2019). Aspectos como la simulación con realidad aumentada y su impacto positivo en la motivación para el aprendizaje, también han sido descritos recientemente (KOSA *et al.*, 2019). También se ha relacionado la motivación por enseñar de los profesores, con la motivación por aprender de los alumnos. Esto se correspondería con una especie de transferencia de motivación del facilitador al alumno (HAN; YIN, 2016).

Asimismo, se ha investigado el impacto positivo sobre la motivación intrínseca en el aprendizaje en simulación, cuando ésta se relaciona con práctica clínica (REEVES *et al.*, 2019). Algo parecido se concluyó en otro estudio sobre satisfacción con un método de simulación (DÍAZ AGEA *et al.*, 2019a), en el que se identificaron elementos de motivación intrínseca relacionados con el aprendizaje autónomo.

Siguiendo a Csikszentmihalyi y su teoría del *Flow* (CSIKSZENTMIHALYI, 2018) creemos que es fundamental considerar la motivación por el aprendizaje en simulación como un proceso en el que los estudiantes y profesionales se enfrentan a un reto proporcional al modo en que son capaces de superarlo gracias a sus habilidades y a la dificultad del escenario al que se enfrentan. Es necesario adaptar al perfil de los participantes el tipo de escenario, por eso es fundamental saber el nivel basal de competencias que tienen los alumnos y no dar nada por supuesto, así como dejar claro qué se espera de cada participante cuando se prepara la simulación. Los alumnos motivados, los que disfrutan con las sesiones, tienen la sensación de que superan los retos que supone este tipo de aprendizaje.

De acuerdo a la teoría del *Flow*, son aquéllos que resuelven problemas

porque su capacidad es proporcional a la tarea que deben realizar (aunque, según esta teoría, la tarea siempre debe ser levemente superior en dificultad a la capacidad del individuo para realizarla).

Estructurando un programa de aprendizaje con simulación.

El aprendizaje con simulación se puede estructurar de varias maneras (incluida en los practicums clínicos, asociada a asignaturas, mediante zonas/SimZones, etc.). No obstante, en todos los casos, existe un componente experiencial y otro reflexivo con diversos niveles de fidelidad y con una infraestructura importante (en medios y personal).

Las SimZones (ROUSSIN; WEINSTOCK, 2017) forman parte de una recomendación para aprender con simulación de manera paulatina según el nivel de fidelidad y la capacitación de los participantes. Son una manera de estructurar la simulación por zonas de aprendizaje que se describió en 2017 en el contexto del programa de simulación del Boston Children's Hospital. Según este planteamiento, las simulaciones se pueden estructurar en cuatro zonas (Zonas 0–3) con una distribución progresiva en complejidad y número de competencias, distracción y fidelidad. Es un planteamiento enfocado a programas desarrollados en el ámbito clínico hospitalario más que universitario, pero se está imponiendo en la nomenclatura y clasificación de la organización de la simulación en la actualidad.

En la zona 0 se incluirían ejercicios de retroalimentación automática en estudiantes que aprenderían de manera individual, usando tecnología de simulación virtual (problemas, casos clínicos o programas informáticos diseñados a tal efecto para entrenar habilidades técnicas).

En la Zona 1 las simulaciones necesitarían de la participación de

un instructor con el que se practicarían habilidades clínicas fundamentales sin contexto y con poco o nulo “ruido” (sondar, auscultar, pinchar, drenar, suturar, etc.).

En Zona 2 las simulaciones incluyen situaciones con contexto (y aumenta el ruido). Los participantes trabajarían situaciones agudas muy protocolizadas (como reanimación cardiopulmonar, escenarios de aprendizaje de situaciones clínicas, etc.). Habitualmente son estudiantes de grado en ciencias de la salud, que se entrenan en un centro universitario o participantes de un curso de capacitación en soporte vital, por ejemplo.

Las simulaciones en Zona 3 implican mayor grado de realismo y autenticidad. Los participantes son profesionales reales que se entrenan en sus competencias habituales (equipos nativos de participantes, por ejemplo, personal real de una unidad de neonatología que se entrena con escenarios típicos de su ámbito de actuación muy similares a los que desarrollan en su actividad diaria.).

También se describió una Zona 4, que se refiere al aprendizaje que se puede obtener de la reflexión grupal (debriefing) tras un evento real experimentado por un equipo de trabajo real.

En nuestro caso, en la docencia universitaria, las simulaciones de grado en enfermería, son de índole experiencial, en las que los alumnos trabajan en la mitad de las ocasiones con escenarios diseñados por el profesor (Simulation-based Learning) y la otra mitad de sesiones con metodología de autoaprendizaje en entornos simulados-MAES© (DÍAZ *et al.*, 2016); (LEAL COSTA *et al.*, 2019) (Self-directed Learning) en la que los alumnos deciden los temas y diseñan los escenarios. En ambos casos se correspondería con zona 2, en la que las simulaciones se realizan por equipos, cuyos objetivos de aprendizaje implican una participación realista y pormenorizada de habilidades clínicas hasta que las acciones tengan una respuesta. Los grupos de simulación están constituidos

normalmente por 12-15 estudiantes distribuidos en 6 equipos de trabajo.

La estructura organizativa de la simulación clínica para los estudios universitarios en ciencias de la salud también puede obedecer a la unión sinérgica de simulación-práctica. Es decir, en lugar de que la simulación sea un complemento de asignaturas teóricas, creemos que lo idóneo es que esté unida intrínsecamente a las prácticas reales (LEAL COSTA *et al.*, 2016) de modo que previamente y durante las prácticas en una unidad de cuidados intensivos, por ejemplo, los estudiantes pueden realizar simulaciones de escenarios de cuidados críticos, conectando simulación y realidad de un modo más efectivo.

La idea es sacar el máximo partido a esta metodología, para ello es fundamental seguir una serie de pasos.

Preparando una simulación. Prebriefing.

Una de las partes fundamentales de todo sistema o método educativo es el diseño y preparación previa de la sesión. Una planificación rigurosa asegura que las posibilidades de éxito sean mayores y que los malentendidos o errores basados en el desconocimiento de las reglas o del método se minimicen.

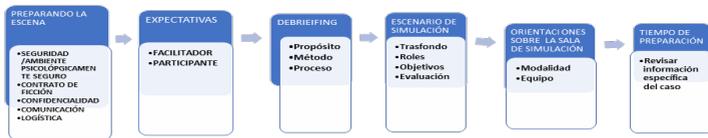
En eso consiste básicamente el llamado “prebriefing”. Se define prebriefing como la sesión de orientación/información realizada antes del inicio de una actividad de simulación en la que proporcionan las instrucciones y se prepara a los participantes, además de informarles de los aspectos relevantes (LIOCE, 2020). El propósito de esta sesión previa es preparar la atmósfera para desarrollar un posterior escenario y ayudar a los participantes en el logro de los objetivos que se pretenden conseguir. Es un tiempo en el que los facilitadores planean los roles de los participantes antes de la simulación. Las actividades que se ponen en

marcha en un prebriefing incluyen la orientación al equipo, la creación del entorno, el maniquí o los actores que harán de pacientes, los roles de cada estudiante, la asignación de tiempo, la clarificación de objetivos y cómo va a ser la situación del paciente. Un aspecto muy importante del prebriefing es la revisión de la sala, el reconocimiento de los materiales y equipos que se usarán y la revisión de las capacidades de los participantes respecto al desafío que supone un escenario (complejidad adecuada a la competencia de los alumnos).

Si va a haber más de un facilitador (co-debriefers), se estructura cómo van a complementarse, estableciendo un protocolo de colaboración y planificación previo a la actividad de simulación.

Se han descrito los elementos básicos (RUTHERFORD-HEMMING; LIOCE; BREYMIER, 2019) que debe contener el prebriefing, de modo que los resumimos en el siguiente esquema (figura 1).

Figura 1. Elementos básicos en el prebriefing (basado en Rutherford-Hemming, *et al.*, 2019)



Llegó el momento. Breafing/simulación/debriefing

Una vez que se ha diseñado la estrategia de simulación y se ha planificado convenientemente la sesión, llega el momento de ponerla en

marcha. Huelga decir que nunca hay que perder de vista los objetivos de aprendizaje y que el diseño del escenario es un aspecto fundamental que recogen todas las guías y recomendaciones sobre simulación (muy especialmente recomendamos la lectura de los estándares de simulación de la International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning) (STANDARDS OF BEST PRACTICE, 2016).

El grupo de participantes en una experiencia de simulación suele ser reducido (suele estar constituido por los que viven la experiencia y los que les observan). Suponemos que estamos en una simulación de alta fidelidad en el que los alumnos se van a enfrentar a un caso con un paciente simulado. Un facilitador les guía.

El día de la simulación los participantes y el facilitador se reúnen en las instalaciones. Lo ideal es que, antes de comenzar, se resuelvan dudas y se genere un entorno seguro. Las dinámicas grupales ayudan mucho a crear una atmósfera adecuada. Una vez clarificados todos los aspectos y revisado el material, puesto a punto el maniquí, el sistema de grabación y con la ayuda técnica especializada, se debe comenzar con un breve recordatorio o exposición de la situación (breafing). ¿En qué consiste?

En el breafing se dan una serie de instrucciones preliminares, suficientes para que los participantes se pongan en situación ante el caso que tienen que simular. Los participantes reciben información esencial sobre el escenario de simulación, como la información relativa a los antecedentes del paciente, signos vitales, instrucciones o pautas sobre qué se espera de ellos durante el desarrollo de la simulación. Esto les ayudará en la interacción con el actor/paciente/maniquí. Estas instrucciones se pueden dar verbalmente, mediante un documento que los participantes leen, una llamada de teléfono que simule una petición de auxilio a emergencias o el relevo/transferencia de información de otro profesional.

Una vez especificada dicha información básica, el equipo de

participantes que van a entrar en el escenario deben comportarse como lo harían si la situación fuese real, ciertamente no lo es, y todo el mundo es consciente de ello, pero en la sesión previa (prebriefing) se dejó claro que debería ser un comportamiento realista a pesar de ser simulado (contrato de ficción). El facilitador no interviene (no recomendamos que intervenga en las simulaciones de alta fidelidad, en el entrenamiento o instrucción con habilidades clínicas puede proporcionar feedback durante la instrucción, pero en alta fidelidad es mejor que se mantenga observando las conductas de los participantes con una lista de chequeo o una planilla de “cuestiones que fueron bien/plus” y “cuestiones a mejorar/delta”.

Un escenario no debe ser desarrollado en un tiempo muy prolongado, ya que puede dar pie al desarrollo de muchos temas para discutir y puede decaer la atención de los observadores. Se ha visto, en la enseñanza expositiva, que los alumnos pierden la concentración y se desvía su atención a partir de los 10 minutos del inicio de la clase (FACULTY FORUM, 2005) (DAVIS, 2009). A finales de los años 60, se estableció que el rango de atención durante una conferencia es mayor en los primeros 5 minutos, y comienza a declinar después de 10 minutos (WILSON; KORN, 2007).

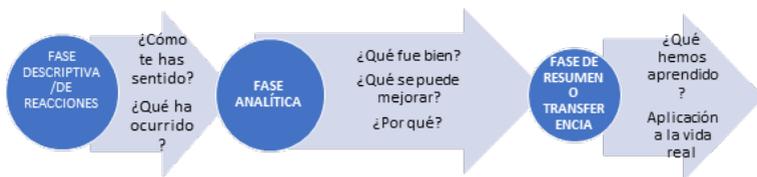
Una vez que los participantes han concluido el caso, o el facilitador lo ha dado por terminado, la sesión puede continuar con el análisis reflexivo del escenario en ese momento o derivarlo a un momento posterior, incluso realizar un videoanálisis. Sea como fuere, lo verdaderamente importante del aprendizaje con simulación viene ahora, en lo que se conoce como Debriefing. Dicho aprendizaje tiene un componente experiencial y otro reflexivo que se pone de manifiesto en el desarrollo del debriefing tras la experiencia simulada. El aprendizaje, por lo tanto, no parece depender de la tecnología o la alta fidelidad de los simuladores (NORMAN; DORE; GRIERSON, 2012), sino más bien de la reflexión guiada con una determinada orientación teórica.

Se trata de una reflexión posterior a la simulación, en la que los participantes, guiados por un facilitador, discuten sobre sus conductas, emociones, acciones, pensamientos y demás aspectos cognitivos y conductuales relacionados con la situación experimentada. Esta discusión tiene una estructura y debe ser respetada en aras de ser rigurosos y pragmáticos. Existen decenas de estilos de debriefing descritos en la literatura. Sea cual fuere, hay que realizar un debriefing estructurado para aprovechar la sesión adecuadamente.

Habitualmente el debriefing se desarrolla como descripción, análisis y resolución o resumen del conocimiento adquirido tras un debate entre alumnos y facilitador (aprendices y experto). El experto tiene el rol de facilitar la reflexión desde una actitud de buen juicio que revele los modelos mentales que anteceden a las acciones de los alumnos sobre un paciente en un contexto clínico (RUDOLPH *et al.*, 2006).

A pesar de que existen numerosos estilos de debriefing, la mayoría tiene una estructura basada en los siguientes elementos (figura 2).

Figura 2. Elementos básicos de un debriefing.



Simulación clínica en la formación de enfermería. Hablando un mismo idioma.

El uso de la metodología enfermera y su lenguaje propio estandarizado es una práctica innegable en la formación universitaria aceptado internacionalmente. La investigación, el desarrollo profesional y los

lenguajes enfermeros deben ir de la mano (ECHEVARRÍA PÉREZ *et al.*, 2016). Creemos que, en la simulación clínica, debe contemplarse dicho lenguaje y es por esto que se lleva haciendo desde hace algunos años con la inclusión en los escenarios clínicos simulados del lenguaje propio y la metodología enfermera (LEAL COSTA *et al.*, 2016) con excelentes resultados. En España, la simulación y las taxonomías enfermeras están siendo asimiladas como una buena práctica (RAURELL-TORREDÀ *et al.*, 2020) ya que permiten que los estudiantes aprendan con un marco común propio.

Las investigaciones sobre la precisión diagnóstica y la conexión entre el diagnóstico (HERDMAN; KAMITSURU, 2017), la intervención (BUTCHER *et al.*, 2018) y los resultados (MOORHEAD *et al.*, 2018)–NANDA I, NIC y NOC (NNN) en estudiantes de enfermería han sido posibles gracias a escenarios de simulación utilizados en casos de pacientes en situaciones clínicas específicas (NOH; LEE, 2015; Peres *et al.*, 2016).

Es importante entender que, con el uso de un lenguaje estandarizado en simulación, los estudiantes podrán practicar lo que tan arduamente les inculcamos desde las facultades de enfermería y usarán las características definitorias y los factores relacionados para identificar los diagnósticos de los pacientes (ya que el diagnóstico se basa en la capacidad de vincular estos factores para encontrar la mejor manera de representar la condición actual del paciente).

El método de formulación de diagnóstico nos es de gran utilidad a las enfermeras para identificar correctamente la etiqueta diagnóstica, la etiología (factores relacionados) y los signos y síntomas (que definen las características) durante el proceso de juicio clínico (HERDMAN; KAMITSURU, 2017). Desde aquí planteamos la posibilidad de en un entorno controlado como es la simulación, poder investigar con profundidad el uso de la metodología enfermera en un contexto muy parecido

a la realidad. Así, la simulación clínica se erigiría como una posibilidad, no sólo de entrenamiento, sino de investigación del uso y la práctica de las taxonomías enfermeras.

Sería muy interesante determinar si los alumnos de enfermería están alcanzando los niveles más altos de precisión diagnóstica esperada en diferentes etapas de sus programas de formación. En una encuesta de razonamiento clínico y diagnóstico de la enfermedad (dentro de un experimento educativo) para estudiantes de geriatría con simulación, se encontró que dichos estudiantes obtuvieron un rendimiento similar a los que se formaron con un programa normalizado/tradicional de enseñanza de enfermería. Sin embargo, se necesitaría abundar en este campo y obtener más investigación para determinar los factores específicos que contribuyen a la exactitud del diagnóstico con el fin de desarrollar estrategias para mejorar las habilidades de razonamiento clínico (FREIRE *et al.*, 2018).

Otro aspecto interesante para futuras investigaciones, en lo que se refiere a la conexión NNN y práctica simulada, sería tratar de comprender si los estudiantes pueden determinar los resultados de los pacientes en consonancia con las intervenciones y cómo estos resultados evolucionan después de la intervención (verificar la eficacia de las intervenciones). Aunque este aspecto es difícil de cuantificar en situaciones simuladas, no sería imposible.

Como bien sabemos, la identificación de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería (NNN), es esencial para la descripción, la comparación, la gestión y el intercambio de datos entre todos los profesionales que trabajan en el contexto de la salud. Los estudios recomiendan que los escenarios simulados se puedan aplicar tanto al campo de la educación en términos de desarrollo curricular/competencial, como a las pruebas prácticas de evaluación de habilidades en los estudiantes de enfermería (NOH; LEE, 2015).

Reflexiones finales

En este breve capítulo hemos intentado condensar multitud de ideas sobre la idoneidad de la simulación como método de enseñanza-aprendizaje. En un primer momento justificando teóricamente su valor para después, mostrar brevemente algunos de sus elementos procedimentales. No obstante, la aplicabilidad de la simulación sobrepasa los ámbitos pedagógicos y se extiende a cualquier contexto dónde un ser humano tiene que entrenarse en alguna habilidad, sea de índole técnica o comportamental, incluso psicológica. La producción científica es muy extensa respecto a las aplicaciones de la simulación como método estructurado de capacitación.

Por otra parte, hay que resaltar que la simulación clínica ha arrojado buenos resultados en el aumento de competencias tanto para estudiantes (DÍAZ AGEA *et al.*, 2019b) , como profesionales o incluso pacientes (DÍAZ-AGEA *et al.*, 2017) y cuidadores informales (JUGUERA RODRÍGUEZ *et al.*, 2020).

Ello nos lleva a perseverar en el perfeccionamiento de este modelo activo en el que los alumnos son los verdaderos protagonistas, para lo que, necesariamente el docente tiene que asumir un papel secundario, aunque imprescindible, porque ya no recae sobre sus espaldas la responsabilidad de la adquisición de las competencias de sus alumnos, sino el reto de ponerlos en la mejor de las situaciones para aprender sin dañar.

REFERÊNCIAS

ALLEN, M. L. Examining Nursing Students' Stress in an End-of-Life Care Simulation. *Clinical Simulation In Nursing*, v. 14, p. 21–28, 1 jan. 2018.

BAUMEISTER, R. F.; LEARY, M. R. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, v. 117, n. 3, p. 497–529, maio 1995.

BUTCHER, H. K. *et al.* Nursing Interventions Classification (NIC)–E-Book. [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2018.

CANTRELL, M. L.; MEYER, S. L.; MOSACK, V. Effects of Simulation on Nursing Student Stress: An Integrative Review. *The Journal of Nursing Education*, v. 56, n. 3, p. 139–144, 1 mar. 2017.

COOK, D. A.; ARTINO, A. R. Motivation to learn: an overview of contemporary theories. *Medical Education*, v. 50, n. 10, p. 997–1014, out. 2016.

COOK, D. A.; THOMPSON, W. G.; THOMAS, K. G. The Motivated Strategies for Learning Questionnaire: score validity among medicine residents. *Medical Education*, v. 45, n. 12, p. 1230–1240, dez. 2011.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *Flow: the Psychology of Optimal Experience* by Mihaly Csikszentmihalyi. [s.l.] CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018.

DANKBAAR, M. E. W. *et al.* An experimental study on the effects of a simulation game on students' clinical cognitive skills and motivation. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, v. 21, n. 3, p. 505–521, ago. 2016.

DAVIS, B. G. *Tools for Teaching*. [s.l.] John Wiley & Sons, 2009.

DÍAZ AGEA, J. L. *et al.* Discovering mental models and frames in learning of nursing ethics through simulations. *Nurse Education in Practice*, v. 32, p. 108–114, set. 2018.

DÍAZ AGEA, J. L. *et al.* Perceptions about the Self-Learning Methodology in Simulated Environments in Nursing Students: A Mixed Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 23, p. 4646, jan. 2019a.

DÍAZ AGEA, J. L. *et al.* Improving simulation performance through Self-Learning Methodology in Simulated Environments (MAES©). *Nurse Education Today*, v. 76, p. 62–67, maio 2019b.

DÍAZ, J. L. *et al.* Self-Learning Methodology in Simulated Environments (MAES©): Elements and Characteristics. *Clinical Simulation In Nursing*, v. 12, n. 7, p. 268–274, 1 jul. 2016.

DÍAZ-AGEA, J. L. *et al.* Patient-Oriented Debriefing: Impact of Real Patients' Participation during Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, v. 13, n. 9, p. 405–413, 1 set. 2017.

ECHEVARRÍA PÉREZ, P. E. *et al.* Investigación en metodología y lenguajes

- enfermeros. [s.l.] Elsevier España, 2016. Faculty Forum. Teaching of Psychology, v. 32, n. 1, p. 47–62, 1 jan. 2005.
- FAWAZ, M. A.; HAMDAN-MANSOUR, A. M. Impact of high-fidelity simulation on the development of clinical judgment and motivation among Lebanese nursing students. Nurse Education Today, v. 46, p. 36–42, nov. 2016.
- FREIRE, V. E.C.S., *et al.* Nursing students' diagnostic accuracy using a computer-based clinical scenario simulation. Nurse education today, v.71, p. 240-246, 2018.
- GORDON, M.; DARBYSHIRE, D.; BAKER, P. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. Medical Education, v. 46, n. 11, p. 1042–1054, nov. 2012.
- HAMAMURA, T. *et al.* Approach-Avoidance Motivation and Information Processing: A Cross-Cultural Analysis. Personality and Social Psychology Bulletin, v. 35, n. 4, p. 454-462, 1 abr. 2009.
- HAN, J.; YIN, H. Teacher motivation: Definition, research development and implications for teachers. Cogent Education, v. 3, n. 1, p. 1217819, 31 dez. 2016.
- HEATHER, T.; KAMITSURU, S. (Ed.). NANDA International–Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2018-2020. 11th Edition. New York: Thieme Publishers; 2017.
- JONES, M. G.; BRADER-ARAJE, L. The Impact of Constructivism on Education: Language, Discourse, and Meaning. p. 10, 2002.
- JUGUERA RODRÍGUEZ, L. *et al.* Impact of simulation-based learning on family caregivers during the rehabilitation period of individuals with spinal cord injury. Spinal Cord, v. 58, n. 1, p. 95–105, jan. 2020.
- KIEGALDIE, D. *et al.* Design, delivery and evaluation of a simulation-based workshop for health professional students on falls prevention in acute care settings. Nursing Open, v. 6, n. 3, p. 1150–1162, jul. 2019.
- KITAYAMA, S. *et al.* A cultural task analysis of implicit independence: Comparing North America, Western Europe, and East Asia. Journal of Personality and Social Psychology, v. 97, n. 2, p. 236–255, 2009.
- KOLB, D. A. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. [s.l.] FT Press, 2014.
- KOSA, T. *et al.* Innovative Education and Engagement Tools for Rheumatology and Immunology Public Engagement with Augmented

Reality. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, v. 1205, p. 105–116, 2019.

KUSURKAR, R.; TEN CATE, O. AM last page: Education is not filling a bucket, but lighting a fire: self-determination theory and motivation in medical students. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, v. 88, n. 6, p. 904, jun. 2013.

LEAL COSTA, C. *et al.* Practicum y simulación clínica en el Grado de Enfermería, una experiencia de innovación docente. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, v. 12, n. 2, p. 421, 26 abr. 2016.

LEAL COSTA, C. *et al.* Enseñando con metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES©). Un estudio cualitativo entre profesores y alumnos de grado en Enfermería. *Educación Médica, METODOS Y RECURSOS EDUCATIVOS EN EDUCACION MÉDICA*. v. 20, p. 52–58, 1 set. 2019.

LIOCE, L. (ED.). *Healthcare Simulation Dictionary*. Second ed. [s.l.] Agency for Healthcare Research and Quality, 2020.

MANO, L. *et al.* The Relation of Satisfaction, Self-Confidence and Emotion in a Simulated Environment. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, v. 16, n. 1, 23 fev. 2019.

MOORHEAD, S. *et al.* Clasificación de Resultados de Enfermería (Noc): Medición de Resultados En Salud. [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2018.

NIELSEN, B.; HARDER, N. Causes of Student Anxiety during Simulation: What the Literature Says. *Clinical Simulation In Nursing*, v. 9, n. 11, p. e507–e512, 1 nov. 2013.

NOH, H. K.; LEE, E. Relationships Among NANDA-I Diagnoses, Nursing Outcomes Classification, and Nursing Interventions Classification by Nursing Students for Patients in Medical-Surgical Units in Korea. *International journal of nursing knowledge*, v.26, n.1, p. 43-51, 2015.

NORMAN, G.; DORE, K.; GRIERSON, L. The minimal relationship between simulation fidelity and transfer of learning. *Medical Education*, v. 46, n. 7, p. 636–647, jul. 2012.

PERES, H.H.C.; JENSEN, R.; MARTINS, T. Y. C. Assessment of diagnostic accuracy in nursing: paper versus decision support system. *Acta Paul Enferm*, v.29, n.2, p. 218-224, 2016.

PETERSON, B. L. *et al.* Partnering for a Sustainable Interprofessional Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Education Curriculum. *The*

Journal of Nursing Education, v. 58, n. 12, p. 723–727, 1 dez. 2019.

POPPER, K. El conocimiento de la ignorancia. Polis. Revista Latinoamericana, n. 1, 15 dez. 2001.

RAURELL-TORREDÀ, M. *et al.* Standardized language systems for the design of high-fidelity simulation scenarios: A Delphi study. Nurse Education Today, v. 86, p. 104319, mar. 2020.

REEVES, N. E. *et al.* Simulated patient contributions to enhancing exercise physiology student clinical assessment skills. Advances in Simulation (London, England), v. 4, n. Suppl 1, p. 15, 2019.

ROUSSIN, C. J.; WEINSTOCK, P. SimZones: An Organizational Innovation for Simulation Programs and Centers. Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, v. 92, n. 8, p. 1114–1120, 2017.

RUDOLPH, J. W. *et al.* There's no such thing as “nonjudgmental” debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare, v. 1, n. 1, p. 49–55, 2006.

RUDOLPH, J. W.; RAEMER, D. B.; SIMON, R. Establishing a safe container for learning in simulation: the role of the presimulation briefing. Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare, v. 9, n. 6, p. 339–349, dez. 2014.

RUTHERFORD-HEMMING, T.; LIOCE, L.; BREYMIER, T. Guidelines and Essential Elements for Prebriefing. Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare, v. 14, n. 6, p. 409–414, dez. 2019.

Standards of Best Practice: SimulationSM. Clinical Simulation In Nursing, v. 12, p. S48–S50, 1 dez. 2016.

WILSON, K.; KORN, J. H. Attention During Lectures: Beyond Ten Minutes. Teaching of Psychology, v. 34, n. 2, p. 85–89, 5 jun. 2007.

CAPÍTULO 10

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO¹

Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge

Introdução

A literatura tem mostrado que é frequente a dissociação entre a formação profissional em saúde e o conteúdo teórico e prático ligado às necessidades e demandas em saúde próprias do envelhecimento, processo que ocorre com grande celeridade no Brasil (LIMA *et al.*, 2018; SILVA; SANTANA, 2015).

Ou seja, tem-se uma distância marcante entre os conteúdos necessários para a boa prática profissional e as diretrizes das políticas de saúde e educação e o currículo atual da graduação e da pós-graduação, no contexto do envelhecimento da população brasileira. Os profissionais, principalmente os que trabalham na atenção básica, têm, cada vez mais, papel fundamental no sistema de saúde, público e privado, diante do aumento previsto da população de idosos brasileiros. Todavia, para que estes profissionais possam atuar de forma adequada, é necessário moldar a sua formação a partir da real necessidade de saúde da população idosa.

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional marcante. Porém, a discussão sobre a pessoa idosa e envelhecimento mostra-se insuficiente, apesar das propostas da Política Nacional do Idoso (PNI). Os profissionais de saúde recém-egressos das faculdades pouco

1DOI: 10.5281/zenodo.7682766

dispõem das competências mínimas que permitam o desenvolvimento deste trabalho, assim como das medidas preventivas e de suporte que se fazem necessárias, e na prática do trabalho em equipe (ALMEIDA-FILHO, 2013).

Estudar o envelhecimento pressupõe a busca de novos olhares. Trata-se de um campo complexo do conhecimento que demanda uma abordagem interdisciplinar, buscando associar conhecimentos das ciências médicas, sociais e da psicologia, dentre outros, exigindo pessoal qualificado e equipe multidisciplinar. Este processo está associado às melhores condições de vida da população, incluindo as sanitárias em geral e nutricional, ao melhor planejamento urbano e, especialmente, melhoria das condições ambientais no trabalho e nas residências (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; VÉRAS; FELIX, 2016). Além disso, deve-se levar em consideração o impacto do declínio da fecundidade nesse processo em nosso país desde os anos de 1960 (ARAUJO JÚNIOR; SALVATO; QUEIROZ, 2013; CARVALHO; GARCIA, 2003).

A saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida de indivíduos da terceira idade, uma vez que seu comprometimento pode afetar sobremaneira o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa.

Nas últimas décadas, muitos estudos sinalizaram inúmeras circunstâncias que podem influenciar a saúde bucal, referindo características individuais vinculadas a estilo de vida e consumo até as sociais, evidenciando a necessidade de mudanças no âmbito da saúde bucal coletiva (PROBST, 2016; PINTO, 2013).

Para Botazzo (2006), significa romper com a restrita visão técnica e individualista das causas de saúde e doença, o que inclui ações multisetoriais de promoção de saúde e, conseqüentemente, adoção de estratégias

que possibilitem modificar o quadro de desigualdades observado nas práticas relativas à saúde bucal de países em desenvolvimento.

O interesse acadêmico pelo envelhecimento no Brasil é recente e a maioria das instituições brasileiras de ensino superior de ciências de saúde iniciam, embora de forma discreta, um despertar para o atual processo de transição demográfica e epidemiológica e suas consequências médico-sociais. Com isso, amplia-se a carência de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional nas próximas décadas (SÁ, *et al.*, 2011; LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Tal é a justificativa do interesse deste trabalho, que se propõe a analisar esta formação e apontar caminhos para seu aprimoramento, considerando a literatura disponível. Assim, partiremos de algumas ideias acerca do envelhecimento e a saúde bucal no avançar do novo modo de fazer saúde bucal; em seguida teceremos considerações sobre as políticas de atenção ao idoso e, por fim, traremos alguns elementos das especificidades do envelhecimento e formação profissional em saúde, acenando para necessidade de se pensar esse processo além de algo natural, considerando indivíduo e sociedade como totalidades

Envelhecimento e a Saúde Bucal

Assim, como as teorias do envelhecimento, a condição de saúde bucal da pessoa idosa transcende os limites biológicos, não é apenas uma condição física, mas também social e vital para a saúde geral do idoso.

E considerando que o envelhecimento da população é uma realidade que não pode ser ignorada, é importante perceber o mesmo como um aspecto da vida em sua totalidade. A perda dentária não pode ser considerada parte do processo de envelhecimento. O edentulismo, em muitos países, está associado a idade, educação, classe social, renda, e ao

local de moradia. O número de pessoas desdentadas aumenta em relação à idade, em decorrência dos efeitos cumulativos das doenças cárie e periodontal (RIBEIRO *et al.*, 2011; BULGARELLI, 2009; PIUVEZAM, FERREIRA; ALVES, 2004).

Assim, é importante para a pessoa idosa a dentição natural ou a prótese, para a correta ingestão de alimentos, formação adequada do bolo alimentar e processo digestório satisfatório, contribuindo com um ganho na saúde geral do indivíduo e o aumento da expectativa de vida (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Muitas alterações fisiológicas que ocorrem no organismo com o passar dos anos na cavidade bucal podem ser controladas e prevenidas, mostrando que o envelhecimento não significa somente contrair doenças bucais, sobressaindo a importância da odontologia preocupar-se com atividades interdisciplinares em saúde para garantir que as próximas gerações de idosos desfrutem de uma boa saúde bucal (Almeida, & Souza, 2007; Silva *et al.*, 2007).

Com efeito, a implementação de programa centrado na interdisciplinaridade se constitui em um processo de mudança de práticas e atitudes individuais, coletivas e institucionais. Na área da saúde, a interdisciplinaridade auxilia a compreensão da integralidade do processo saúde-doença, possibilitando a visão de totalidade do ser humano (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Nesse processo, ela implica em mudanças acadêmicas e institucionais que possibilitem a formação profissional adequada para o atendimento das necessidades e demandas da população quanto à sua saúde na perspectiva da integralidade (OLIVEIRA; BALARD; CUTOLO, 2013; SAINTRAIN; VIEIRA, 2008).

Ao refletir sobre dimensões envolvidas nas intervenções do setor saúde, Chaves (1998) assinala sua insuficiência quanto à integralidade assistencial e destaca a importância e necessidade do caráter

interdisciplinar e intersetorial que elas exigem de modo a contemplar a complexidade envolvida.

O progresso obtido na sociedade capitalista não tem contribuído para a valorização dos idosos como indivíduos ou grupo social. Na realidade, observa-se um movimento no sentido oposto que leva a desconsiderar os saberes e práticas dos idosos. Aqui, vale o registro de Moragas (1997), que em uma análise diacrônica, assinala que a presença dos velhos na sociedade era destacada, pois, além de pouco numerosos, eram considerados fonte de sabedoria fundada na experiência e, por isso, sua opinião era sempre ouvida e valorizada.

Nesse contexto de injustiça social, é imperativo que se construam políticas públicas que levem em consideração as várias dimensões do envelhecimento e que possibilitem o resgate do isolamento social em que estão colocados os idosos na sociedade contemporânea (RINCO; DOMINGUES, 2012; PICCOLO, 2011; BOSI, 2009).

Aliada a essa conjuntura, deve-se considerar outros fatores intervenientes como o aumento da migração para a periferia dos grandes centros urbanos, motivada pela industrialização crescente, além da valorização da juventude, um mito muito presente no mundo atual (TURA; CARVALHO; BURTSZTYN, 2014). Desse modo, como referem Maia, Londero e Henz (2008), geralmente não se fala da velhice em si, deixando de abordar seu contexto existencial, desconsiderando suas singularidades.

Diversos estudos sobre representações sociais referem que a ideia de idoso está geralmente associada a aspectos negativos, como figura decadente, necessitada e dependente. Como um fenômeno psicossocial, essas concepções contribuíram para os processos de formação de condutas, orientação das comunicações sociais e estruturação da identidade do idoso, assim como para as práticas sociais a ele dirigidas. Portanto, o envelhecimento é marcado por diversas experiências, que são norteadas

por valores, normas, crenças, afetos e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo (FERREIRA; ALVES, 2006; FERREIRA, *et al.*, 2006; MENDES *et al.*, 2012; TURA; SILVA, 2012).

Para Veras (2009), se desenha com essa realidade profundas transformações sociais, não só pelo aumento do número de idosos nos diversos países e sociedades, mas, sobretudo, em função do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, reclamando modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade, que garantam vida com qualidade para o idoso.

Araújo *et al.* (2006) observaram que nos últimos 12 meses, em média, os idosos tinham ido ao médico três vezes, enquanto para o atendimento odontológico não procuravam há mais de três anos, ressaltando-se que se deva não só por questões econômicas, mas também educacionais (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Assim, a saúde bucal como necessidade se coloca, como refere Botazzo (2006), uma produção social, está vinculada às condições sociais de vida das pessoas, às tradições históricas, e sobre ao processo saúde-doença, ressaltando a relação da mesma com a ampliação da cidadania política e social, referindo que a demanda por saúde bucal aponta para questões relacionadas à sobrevivência das pessoas. Como ressaltam Almeida e Souza (2007), a perda dentária, com a tecnologia atual disponível, não é mais uma consequência natural do envelhecimento, visto que os dentes podem permanecer em funcionamento por toda a vida do indivíduo quando bem cuidados.

No Brasil, o Ministério da Saúde acena atualmente, com muitas alternativas nesse processo, considerando que o mesmo vem ocorrendo muito rapidamente e num forte contexto de desigualdades sociais. Nesse sentido, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2004a), disponibilizando a oferta de próteses dentárias na rede de atenção básica e com diretrizes que devem nortear as ações,

espera-se um aporte mais efetivo para o atendimento a essa demanda crescente.

Tomar, portanto, a saúde e a doença nos idosos como fenômenos clínicos e sociológicos, dependentes entre outros fatores, da situação econômica e social, na qual a velhice é demarcada pela aposentadoria e pela desqualificação ao mercado de trabalho, implica a preocupação com projetos sociais de cuidados inovadores, que integrem as novas tecnologias e a inclusão dos idosos no seu ambiente natural (VERAS, 2012). Significa privilegiar a vigilância à saúde, atividades terapêuticas ocupacionais e corporais, que favoreçam a chance de compreender o seu próprio processo de envelhecimento através de suas sensações e, por conseguinte, perceber a vida por outras perspectivas (CALDAS; VERAS, 2012).

Nesse sentido, nos últimos 20 anos, o Brasil passou a contar com importantes instrumentos legais de garantia de direitos para os idosos. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso são marcos desta construção, trazem como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas. A participação social está presente no texto da Política Nacional do Idoso (Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994) que declara em seu primeiro artigo: “a Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2003).

Em atenção a essas necessidades implementou-se, no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade

funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida. A PNSI estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral. Essas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde dos idosos; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio aos estudos e pesquisas (MIYATA *et al.*, 2005).

Do ponto de vista da articulação com a política de saúde, os dados gerados pelo Projeto SB-Brasil forneceram subsídios importantes para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal proposta em 2004, que ficou conhecida como Brasil Sorridente (BRASIL, 2004b, Brasil, 2004c). Tal política surge num momento particularmente significativo, na medida em que, no plano nacional, a saúde bucal é colocada claramente como prioridade dentro do governo instalado a partir de 2003 (PUCCA JR, 2006).

Estas frentes favoreceram a alteração do modelo assistencial no Brasil, incorporando a saúde bucal dentro dos preceitos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando importante conquista social dos brasileiros.

Assim, o apoio adequado e as políticas sociais são necessários para os idosos. A esse respeito Baltes e Baltes (1990) afirmam que:

“... o envelhecimento bem-sucedido precisa de uma avaliação sustentada em uma perspectiva multidimensional, na qual fatores objetivos e subjetivos sejam considerados dentro de um contexto cultural, que contém demandas específicas” (p. 4).

Construções Inovadoras no Estudo do Envelhecimento na Saúde Bucal: uma reflexão para a formação profissional

Vale ressaltar que, nos dias atuais, o Estado brasileiro vem reconhecendo as novas demandas colocadas pelo envelhecimento e acenando com a ampliação de serviços e de normatizações, com a instituição de critérios de qualidade e de garantia de acesso. Os desafios ainda são muitos e de vulto. A formação de equipes multidisciplinares, a pactuação de protocolos intersetoriais, a complementaridade da ação pública face à família, são várias das questões a serem enfrentadas (JACCOUD, 2011).

Para Camarano (2011), configura o compromisso de assegurar que a prioridade das políticas públicas seja a garantia de uma proteção social adequada para a população idosa em todo o território nacional, pode contribuir para um envelhecimento digno. Alerta que aproximadamente 70% dos idosos brasileiros não têm planos privados de saúde, isto é, dependem totalmente da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta proporção é muito maior na região Nordeste, comparada à Sudeste, 84,9% e 61,7%, respectivamente.

Envelhecer com qualidade de vida é um privilégio e o reconhecimento dos vários setores da sociedade é fundamental. Como refere a literatura, o processo educativo para o enfrentamento do envelhecimento populacional não se restringe somente à pós-graduação ou ao saber em saúde, mas compreende níveis educacionais anteriores e avança para a educação permanente e continuada, com foco no trabalho interdisciplinar e em equipe (VERAS, 2012; MOTA; AGUIAR, 2007).

Os desafios que surgem com o envelhecimento da população brasileira suscitam estudos com diferentes variáveis para o levantamento de novas hipóteses em pesquisas científicas e ilustra que a utilização dos

clássicos modelos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para os idosos sem que significativas e importantes adaptações sejam realizadas (NERI, 2007).

Para Xavier e Koifman (2011), as mudanças estabelecidas no processo de formação profissional em saúde, com habilidades e competências específicas para lidarem com o idoso, não correspondem ao rápido envelhecimento populacional vivenciado no País. Tem-se observado avanços na formulação e implementação de políticas públicas de formação específicas no campo da gerontologia; contudo, deve-se considerar a urgência da implementação das mesmas e divulgação de experiências exitosas nesse campo.

A introdução dos ensinamentos da geriatria e da gerontologia na área odontológica vem sendo feita de forma lenta e não sistematizada no Brasil. Apesar de ser uma medida importante, a inclusão formal desses conhecimentos nos currículos das faculdades de odontologia não é suficiente (SAINTRAIN; SOUZA; CALDAS JÚNIOR, 2006). Em face do rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil e do acúmulo de problemas de saúde bucal durante a vida dos indivíduos, há necessidade urgente de formação e capacitação de recursos humanos em odontologia geriátrica não apenas de cirurgiões-dentistas, mas também de toda uma equipe de saúde bucal que possa viabilizar o atendimento à população idosa em larga escala.

Assim, a escassez atualmente de profissionais em número suficiente para o atendimento das necessidades da população idosa que atenda com qualidade estes indivíduos, em conformidade com os princípios norteadores do SUS, se coloca como um importante enfrentamento considerando a atenção integral e centrada no sujeito.

Nessa perspectiva, a participação do cirurgião-dentista e de pessoal auxiliar ainda não é muito efetiva na atenção interdisciplinar ao idoso,

provavelmente pela dificuldade de vivência interdisciplinar na prática da odontologia. A forma tradicional de tratamento, centrada na doença, está gradualmente cedendo espaço para outro tipo de atenção profissional, cuja ideologia é a prevenção das enfermidades e a promoção de saúde. Pode-se refletir, com base nestas considerações, que identifica, no entanto, que as principais deficiências da formação na graduação referem-se à desarticulação entre as atividades educacionais e a realidade concreta, social e cultural da população (PINHEIRO *et al.*, 2009).

A implementação da PNSPI, especificamente no que diz respeito à formação de profissionais de nível superior em Saúde, encontra-se neste campo de discussão e, como tal, pode contribuir para exemplificar alguns avanços e retrocessos na perspectiva da formação para atendimento das necessidades da população.

Como referem Motta e Aguiar (2007), apesar do rápido aumento do número de idosos no Brasil e consequente aumento da utilização dos serviços de saúde por essa faixa etária, o número de Instituições de Ensino Superior com disciplinas direcionadas ao envelhecimento nos cursos de graduação em saúde, tem sido pequeno.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em 2000 tem apontado caminhos para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que potencializa o desenvolvimento de competências no campo do saber, do saber-fazer e do saber-ser.

O desafio consiste em se desenhar um perfil de egressos que sejam capazes de atender às necessidades e demandas existentes no SUS, reorientando seus currículos e adotando estratégias pedagógicas que reconheçam o protagonismo do discente no processo de aprendizagem e a corresponsabilização do docente e da instituição de ensino na

reorganização dos serviços e na qualidade da atenção à saúde prestada à população (MORITA *et al.*, 2018).

A esse respeito, vale assinalar que a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) tem tomado iniciativas com a finalidade de impulsionar essas mudanças. Embora se reconheça que tais movimentos por mudança ainda não correspondam, em velocidade e diretrizes, ao que efetivamente se necessita para a consolidação e fortalecimento do SUS, compreende-se que estes representam importante tomada de decisão e de ação rumo às mudanças esperadas. E, neste sentido, a integração ensino-serviço constitui oportunidade de transformar o espaço de produção de saúde em espaço de aprendizagem, no qual o estudante, desde o início de sua formação profissional, possa vivenciar uma prática baseada na promoção à saúde e na integralidade do cuidado (ALVES *et al.*, 2011; UFRN, 2009).

Para Bosi (1981), depois de se descobrir carências, percebemos que elas nos comprometem e por isso:

“... é preciso conhecer o problema de perto, tocar nos fatos. Mas isto não basta para que se fale em nome de alguém: devemos também enxergar de sua perspectiva a realidade...” (p. 179).

Às instituições de saúde cabe um papel de protagonista no fomento da incorporação de conceitos básicos adotados na Epidemiologia Social, que estuda as diferentes configurações estruturais da sociedade e as formas de organização social e os respectivos impacto que podem influenciar a saúde e qualidade de vida das pessoas/grupos sociais. Esta posição é considerada como uma ação mediadora entre os vários agentes responsáveis pela condição de ser sadio ou ser doente, defendido no enfoque de promoção da saúde articulado com as políticas públicas de saúde nessa direção, para assegurar os meios e as mudanças sociais

necessárias à criação de ambientes favoráveis, capaz de agir positivamente nas mudanças do estilo de vida das populações, nos processos de trabalho, nas formas de lazer, com programas de saúde direcionados a grupos humanos especiais.

Outro aspecto a ser considerado no trato da velhice, na sociedade contemporânea, diz respeito a forma reducionista e não articulada com outros campos do conhecimento, que não reconhece a heterogeneidade constitutiva que envolve o envelhecimento atualmente, mostrando a necessidade de se romper com essa forma de gestão do envelhecimento e entender que modos de subjetivação emergem no cotidiano, que modo de viver singular, se desenha entre esses indivíduos (VERAS, 2009; MAIA; LONDERO; HENZ, 2008).

Segundo Maia, Londero e Henz (2008), no estudo do envelhecimento e da saúde bucal, foi possível perceber que se trata de uma pluralidade de forças em luta que se juntam e se aglomeram numa mesma subjetividade e não encontrar a velhice em estado puro, reinvocando formas prontas e totalizantes, mas entender que:

... o curioso é que, no trato com a velhice, precisamos dar um tempo que nós mesmos não temos. A lógica de fazer o máximo no mínimo de tempo, maximizar a produtividade, deslocar-se na maior velocidade possível e economizar tempo não existe entre os idosos. Em geral, nós estamos submetidos a uma aceleração total, temos muita pressa, não temos tempo nem paciência para sustentar esse outro tempo, pois somos amantes do programável, do controlável, dos projetos, do futuro premeditado, da hipervalorização do trabalho e do acabamento... (p. 51).

Considerações Finais

Este texto pretendeu introduzir uma reflexão a respeito do envelhecimento e a saúde bucal, partindo da premissa que essas duas áreas confluem um processo compartilhado em amadurecimento no Brasil, o qual ainda está em vias de consolidação. As estratégias desta mudança requerem abordagens intersetoriais e uma concepção pluralista do trabalho em saúde bucal coletiva, na qual a população assume um papel transformador e junto com a Universidade e os serviços apontar para uma outra saúde, como espaços de treinamento prático onde a interdisciplinaridade, a integralidade e o cuidado sejam as bases.

A conjuntura atual exige a busca de respostas conjuntas a questões do envelhecimento, como acesso aos sistemas e serviços de atenção e humanização da atenção a diversos grupos étnicos, etários, respeitando a diversidade de gênero e de região de origem.

Tentamos aqui expor, em linhas gerais, a importância que atribuímos a compreensão do envelhecimento na consideração de questões do campo da saúde bucal, reconhecendo as práticas em saúde como um trabalho coletivo, cooperativo, interdisciplinar e multiprofissional. Assim, buscar estratégias que permitam ao idoso ser ativo no seu processo de promoção e bem-estar de sua vida, e reconhecer as características psicossociais e de saúde destas pessoas, sobretudo, na dimensão de suas aspirações, desejos e necessidades, o que contribuirá para o estabelecimento de programas em saúde que respondam adequadamente a estas aspirações.

Para promover alterações frente a essa realidade faz-se necessário desenvolver senso crítico, pesquisar e promover a adoção de novas práticas, construir estratégias diferenciadas, promover o envolvimento comunitário, integrar ações e mobilizar recursos, sempre na perspectiva do envelhecer com saúde.

Quanto mais espaços forem conquistados, quanto mais pessoas estiverem envolvidas e contagiadas pela prática da inclusão e maior for o estímulo para o desenvolvimento de uma consciência cidadã, mais a população estará deliberando sobre políticas públicas saudáveis e inclusivas, especialmente com relação à pessoa idosa.

Nesta perspectiva, vale refletir o assinaldo por Bosi (2009):

“O velho não tem armas.

Nós é que temos de lutar por ele” (p. 81)

Referências

ALVES, M.S.C.F., SILVA, J.A., MEDEIROS, C.C.B.N; CÂMARA, S.B. Saúde e Cidadania na graduação em saúde: um aprender do viver. In: Caminhos da tutoria e aprendizagem em Saúde e Cidadania. EDUFRN, Natal, 2011.

ALMEIDA, M. E. L.; SOUZA, E. C. F. Envelhecimento e saúde bucal: alguns aspectos da bucalidade nas transformações do corpo do idoso. Dias AA (Organizador). Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Livraria Editora Santos, p. 315-331, 2006.

ALMEIDA-FILHO, Naomar Monteiro de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 1677-1682, 2013.

ARAÚJO JUNIOR, Ari Francisco; SALVATO, Márcio; QUEIROZ, Bernardo Lanza. Desenvolvimento e Fecundidade no Brasil: Reversão da fecundidade para municípios mais desenvolvidos? Planejamento e Políticas Públicas, n. 41, 2013.

BALTES, Paul B.; BALTES, Margret M. (Ed.). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press, 1993.

BOSI, Ecléa. Cultura de massa e cultura popular: leitura de operárias. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1981.

BOSI, Ecléa. Memória e Sociedade: lembrança de velhos. 15. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

BOTAZZO, Carlos. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição

ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 7-17, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana 1986. Brasília: Ministério da Saúde. (Série C: Estudos e Projetos, 4), 1988.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB/Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Programa Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. A Odontologia geriátrica e o novo século. BRUNETTI, RF; MONTENEGRO, FLB Odontogeriatrics-noções de interesse clínico, São Paulo, Artes Médicas, p. 27-52, 2002.

BULGARELLI, Alexandre *et al.* Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto-SP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 12, p. 175-191, 2009.

CAMARANO, A.A. Compromisso de todos por um envelhecimento digno. *Revista dos Direitos da Pessoa Idosa*. Edição Especial, p. 19-22, 2011

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 725-733, 2003.

CHAVES, Maria M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 22, p. 07-18, 2020.

FERREIRA, Aurigena Antunes de Araújo; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. Os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.), p. 19-30, 2006.

FERREIRA, Aurigena Antunes Araújo *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 211-218, 2006.

JACCOUD, L.B. Envelhecimento e políticas de estado: pactuando caminhos intersectoriais. *Revista dos Direitos da Pessoa Idosa, Edição Especial*, p. 23-26, 2011.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, p. 200-210, 1987.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 700-701, 2003.

LIMA, Rafael Rodolfo Tomaz *et al.* Formação em saúde no contexto do envelhecimento: em foco, os conteúdos curriculares. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 7, n. 10, pág. e15710587-e15710587, 2018.

MAIA, Gabriela Felten da; LONDERO, Susane; HENZ, Alexandre de Oliveira. Velhice, instituição e subjetividade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, p. 49-59, 2008.

MENDES, Cristina Katya Torres Teixeira *et al.* Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. *Revista Gaúcha de enfermagem*, v. 33, p. 148-155, 2012.

MIYATA, Daniela Ferreira *et al.* Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. *Arq Cienc Saude Unipar*, v. 9, n. 2, p. 135-40, 2005.

MOODY, James; WHITE, Douglas R. Structural cohesion and embeddedness: A hierarchical concept of social groups. *American sociological review*, p. 103-127, 2003.

MORAGAS, Ricardo. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. In: *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. 1997. p. 283-283.

MOREIRA, Rafael da Silveira *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 1665-1675, 2005.

MORITA, Maria Celeste *et al.* Documento orientador da ABENO para qualidade dos cursos de graduação em Odontologia. *Revista da ABENO*, v. 18, p. 1-38, 2018.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. spe, p. 141-147, 2006.

NERI, Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do

Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

OLIVEIRA, Inajara Carla; BALARD, Cíntia Reis; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva [Professional formation in health: comprehensiveness in perspective]. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 4, n. 1, p. 69-72, 2013.

PICCOLO, Gustavo Martins. Os caminhos dialéticos do envelhecimento e sua relação com a educação física contemporânea. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, p. 169-177, 2011.

PINHEIRO, Filomena Maria da Costa *et al.* A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *RGO*, v. 57, n. 1, p. 99-106, 2009.

PINTO, V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 6. Ed: 2013.

PIUVEZAM, Grasiela; FERREIRA, Aurigena Antunes de Araújo; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. Vivenciando as perdas dentárias na terceira idade: um estudo de representações sociais. In: *Representações sociais e saúde: construindo novos diálogos*. 2004. p. 209-221.

PROBST, Livia Fernandes *et al.* Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, p. 347-354, 2016.

PUCCA JR, Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 243-246, 2006.

RIBEIRO, Marco Túlio Freitas *et al.* Edentulism and shortened dental arch in Brazilian elderly from the National Survey of Oral Health 2003. *Revista de saude publica*, v. 45, p. 817-823, 2011.

RINCO, Michelle; LOPES, Andrea; DOMINGUES, Marisa Accioly. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 15, p. 79-95, 2012.

RONCALLI AG, Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. *Epidemiologia em saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 32-48, 2006.

SÁ, Cláudia Maria da Silva *et al.* O idoso no mundo do trabalho: configurações atuais. *Cogitare Enfermagem*, v. 16, n. 3, 2011.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; SOUZA, Eliane Helena Alvim; CALDAS

- JÚNIOR, Arnaldo de França. Ensino da odontogeriatrics nas faculdades de odontologia do sul e centro-oeste do brasil: situação atual e perspectivas. *Revista Odonto Ciência*, v. 21, n. 53, p. 270-277, 2006.
- SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 1127-1132, 2008.
- SILVA, Eulália Maria Martins da *et al.* Psicologia aplicada ao paciente idoso. *Odontol. clín.-cient*, p. 223-227, 2007.
- SILVA, Vinício Oliveira da; SANTANA, Patrícia Maria Mattos Alves de. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, p. 121-132, 2015.
- TURA, Luiz Fernando Rangel; SILVA, Antonia Oliveira. Envelhecimento e representações sociais. In: *Envelhecimento e representações sociais*. 2012. p. 315-315.
- TURA, Luiz Fernando Rangel; CARVALHO, DM de; BURSZTYN, Ivani. Envelhecimento, práticas sociais e políticas públicas. Lopes, M. J, Mendes, FR P & Silva, AO (orgs.) *Envelhecimento–Estudos e Perspectivas*. São Paulo: Martinari, 2014.
- UFRN. ATIVIDADE Integrada de Educação, Saúde e Cidadania – SACII/ Programa de Orientação Tutorial para o Trabalho Integrado em Saúde–POTI. Departamento de Saúde Coletiva. Plano de Trabalho PET-SAÚDE NATAL – Integrando Saberes para um novo fazer em saúde, 2009, 30p.
- VERAS, Renato Peixoto. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 231-238, 2012.
- VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de saúde pública*, v. 43, p. 548-554, 2009.
- VÉRAS, Maura Pardini Bicudo; FELIX, Jorge. Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. *Cadernos Metrópole*, v. 18, p. 441-459, 2016.
- XAVIER, Alex da Silva; KOIFMAN, Lilian. L. A educação superior no Brasil e a formação de profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 39 de 2011.

CAPÍTULO 11

ENVELHECIMENTO ATIVO E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA POR IDOSOS: representações sociais.¹

Olívia Galvão Lucena Ferreira
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Antonia Lêda Oliveira Silva

Introdução

O envelhecimento é conceituado na literatura nas dimensões biológicas, sociais, psicológicas e culturais ao longo do desenvolvimento humano. Observa-se que o processo de envelhecimento é vivenciado e representado pelos próprios idosos e pela sociedade de distintas formas. Esse processo revela a complexidade desse fenômeno, justificando assim, o interesse de pesquisadores sobre essa temática, o que caracteriza sua relevância social e acadêmica.

Nos séculos XX e XXI, tem-se observado um aumento da população idosa a nível mundial. No Brasil, estima-se que em 2025, a população idosa seja de 32 milhões, aproximadamente 14% da população, o que levará o país a ter a sexta população de idosos do mundo. O crescimento populacional desse segmento etário presente em vários países de todos os continentes, já adquiriu características de uma progressão geométrica nos países em desenvolvimento (IBGE, 2010).

Portanto, é preciso melhorar as condições de vida e bem-estar do idoso para uma velhice saudável, ativa e com dignidade. Para tanto, o aumento no número de idosos precisa ser acompanhado por melhoria ou

1 DOI: 10.5281/zenodo.7682833

manutenção da saúde e da qualidade de vida, uma vez que as suas consequências afetam os indivíduos, a economia e a sociedade (VICENTE; SANTOS, 2013).

Para que o idoso tenha a oportunidade de vivenciar o seu envelhecimento de maneira saudável e ativa, os profissionais de saúde, sociedade e a família deverão compreender o envelhecimento em sua totalidade, considerando as transformações ocorridas em todas as dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual, econômica, para que se tenha a visão da idoso com um ser complexo (SANTOS, 2010).

São encontradas diversidades nas representações e sentidos construídos sobre o envelhecimento e o idoso. Observou-se que o envelhecimento está associado a perdas e ganhos. Quando se refere às perdas, ele é representado como um período marcado por enfraquecimento, desgaste, declínio, tristeza, surgimento de enfermidades, mudanças físicas, desvalorização por parte dos outros, solidão e aproximação da morte. Quando se refere aos ganhos, o envelhecer traz para a rotina novas atividades e hábitos, acúmulo de sabedoria e aprendizado, cuidado com a saúde, descanso, tranquilidade e proximidade familiar (WACHELKE *et al.*, 2008).

O envelhecimento é percebido pelos idosos como uma fase de declínio associados às perdas físicas e sociais e por vezes relacionada ao binômio saúde/doença. No entanto, também se encontraram estudos que descrevem o envelhecimento não apenas como uma fase de experiências negativas, mas que apontam fatores positivos como longevidade, experiência adquirida, vivência do envelhecer com saúde e autonomia. Assim, um envelhecimento satisfatório ocorre quando há um equilíbrio entre limitações e potencialidades da pessoa para enfrentar as perdas inevitáveis, como também a capacidade emocional,

cognitiva e comportamental adaptativa do indivíduo (MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2009).

Cada pessoa irá vivenciar o envelhecer de forma diferenciada, apesar de ser um processo biológico universal, dinâmico, progressivo e irreversível. Além disso, o lugar que os idosos ocupam na sociedade, o modo como são tratadas pelos mais jovens e pelas instituições ganham significados próprios com contextos históricos, sociais e culturais diversos.

Observa-se que o envelhecimento pode ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, despertando o interesse pela reflexão de variáveis que influenciem na conquista de um envelhecimento ativo. Os fatores determinantes para este envelhecimento são: comportamentais; pessoais; sociais; econômicos; ambiente físico e serviços sociais e de saúde. A união de todos os fatores e suas relações reflete no processo de envelhecimento individual e coletivo. Assim, o envelhecimento ativo foi conceituado como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando a melhoria na qualidade de vida à medida que a pessoa envelhece, incluindo as que são frágeis, incapacitadas fisicamente e que requerem cuidados, a exemplo das pessoas com HIV/Aids (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; OMS, 2005).

Idosos que vivem com o diagnóstico de uma doença incurável como o HIV/Aids podem apresentar formas distintas de representar o seu processo de envelhecimento. Ser idoso e ter a soropositividade para o HIV podem ser associados a diferentes alterações, em particular, às relacionadas com necessidades médicas e psicossociais para idoso, que busca, mesmo diante do diagnóstico, viver com qualidade, mostrando tratar-se de um fenômeno complexo que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais (LIMA *et al.*, 2010).

Atualmente, a epidemia da aids tem mudado seu curso e percebe-se, cada vez mais frequente a partir de 50 anos e estas pessoas entrarão na velhice vivendo com o HIV/Aids. E quando se considera as subnotificações, os números de casos de HIV/Aids em idosos podem ser bem maiores, principalmente na região Nordeste do Brasil. A problemática da idoso com HIV/Aids é de grande relevância epidemiológica, não apenas pelos números absolutos, mas também pelas taxas de incidência, prevalência, letalidade e anos potenciais de vida perdidos, assim como é importante conhecer o que pensa a idoso sobre o HIV/Aids e o impacto desta no envelhecimento ativo (SILVA *et al.*, 2013; OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

É possível que adultos com o diagnóstico de HIV adentrem na maturidade e na velhice, devido à maior eficácia do tratamento com os antirretrovirais de alta potência que consequentemente aumentam a sobrevida. Logo, observa-se uma modificação na história natural da doença que passa de um final letal e rápido para uma doença controlável e de evolução controlada. Entretanto, não basta aumentar o número de anos a essas pessoas, mas proporcionar qualidade aos anos adicionais de vida, através de estudos que contribuam para oferecer uma assistência integral a este grupo (SANTOS *et al.*, 2011).

Neste contexto, conhecer a dimensão simbólica de doenças como a aids é importante para se entender desde a adoção de práticas saudáveis como preventivas às adotadas frente ao tratamento. Logo, a Teoria das Representações Sociais tem subsidiado pesquisas em saúde, mostrando ser uma teoria bastante útil à compreensão de fenômenos psicossociais complexos. Tal teoria possibilita se evidenciar conhecimentos, conceitos e explicações sobre objetos de estudos considerados conflituosos, construídos e compartilhados em grupos de pertenças, em particular, os que vivem com aids, no cotidiano capazes de influenciar

o modo de pensarem e se comportarem frente a esta (OLIVIERA, 2013; FERREIRA, 2016).

Conhecer como os idosos que vivem com o HIV/Aids e como os idosos que não possuem diagnóstico para este mesmo vírus pensam a própria aids e o impacto desta no envelhecimento ativo é importante no dimensionamento de um diagnóstico psicossocial. Dessa forma, urge o planejamento de estratégias para a promoção da sua saúde, prevenção de doenças e outros agravos, assim como, na recuperação e tratamento que favoreçam o envelhecimento ativo e melhorias na sua qualidade de vida.

Diante dessa problemática questiona-se: Quais as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por idosos com e sem o diagnóstico de HIV/Aids? Quais as implicações das representações sobre envelhecimento ativo em idosos com e sem o diagnóstico de HIV/Aids? Para responder tais questionamentos este estudo tem o objetivo de conhecer as representações sociais sobre envelhecimento ativo e HIV/Aids construídas por idosos com o diagnóstico de HIV/Aids e sem diagnóstico, mediante o impacto destas representações no envelhecimento ativo de idosos.

O Estudo

Compreende um estudo exploratório utilizando-se o aporte teórico das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012) realizado em três locais distintos: 1. Hospital de referência para atendimento especializado aos portadores de doenças infectocontagiosas no Estado da Paraíba; 2. Casa de Apoio Social, local de apoio as pessoas que vivem com DST/HIV/Aids, para os idosos com o diagnóstico de HIV; 3. Centro de Convivência

do Idoso, para os idosos sem o diagnóstico de HIV todos localizados no município de João Pessoa/Paraíba-Brasil.

Participaram do estudo 48 idosos, distribuídas em dois grupos; o *grupo 1*: composto por 24 idosos, de ambos os sexos, com o diagnóstico de HIV (12 idosos da Casa de Apoio e 12 do hospital), e o *grupo 2*: formado por 24 idosos, de ambos os sexos, sem diagnóstico de HIV, do Centro de Convivência do Idoso. Para definição dos participantes da pesquisa foi realizado um levantamento do número de pessoas com 60 anos ou mais de idade, diagnosticadas com aids, utilizando-se de informações do setor de epidemiologia dos referidos locais.

Considerou-se critérios de inclusão para o grupo 1: ser idoso, com idade igual ou acima de 60 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de HIV e com condições cognitivas preservadas. E para o grupo 2, ser idoso, com idade igual ou acima de 60 anos, de ambos os sexos, que declare não ter o diagnóstico HIV, com condições cognitivas preservadas.

Para avaliação cognitiva foi usado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é um questionário de 30 pontos usado para avaliar perdas cognitivas, classificando como perda cognitiva grave quando atingir o score ≤ 9 ; moderada para os scores entre 10 a 20; leve para score entre 21 a 24; normal para score ≥ 25 . Portanto, foi considerado como ponto de corte leve e normal, conforme sugerido por estudos de validação com a população brasileira (BRUCKI *et al.*, 2003)

Foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre ética em pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB sob nº do protocolo: 0392/14; data da relatoria: 19/05/16, devidamente cadastrado na Plataforma Brasil

(CAAE nº 33529514.2.0000.5188) e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta dos dados foi realizada a partir da aplicação do Teste da Associação Livre de Palavras (TALP) com os termos indutores: *idoso ativo* e *aids em idoso*. Antes da sua realização, foi feita uma explanação do mesmo e como exemplo foi citado algumas palavras neutras como “futebol” e “cozinha”, e perguntava-se: o que vem à mente quando falamos a palavra futebol? Citando alguns exemplos como bola, campo, estádio, gol, emoção, time, paixão. Seguindo o mesmo modelo para a palavra cozinha. Em seguida foi solicitado ao participante da pesquisa que falasse 4 palavras que vem a sua mente quando eu falasse idoso ativo e em seguida seguiu-se o mesmo procedimento para o estímulo *aids em idoso*. Após a aplicação do TALP, foi realizada uma entrevista estruturada que contemplou os dados sociodemográficos como: idade, sexo, informação sobre moradia e arranjo familiar, religião, escolaridade.

Os dados obtidos foram organizados em um banco de dados, tendo por base a construção de um dicionário de vocábulos referente a cada estímulo indutor, em seguida os conteúdos foram agrupados semanticamente segundo as palavras ou expressões. Para cada agrupamento semântico de palavras ou expressões foi atribuído um código inicial no formato de dicionário com apenas quatro dígitos. Na base de dados surgia primeiro o número do participante, depois os códigos das variáveis (sexo, faixa etária, escolaridade e grupo a que pertencia) e por fim o código referente à palavra evocada, com os demais significados, constituindo o banco de dados. Este banco foi processado com o auxílio do *software* Trideux versão 4.2. Trata-se de um programa informático que realiza uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC), em particular, para análise de dados oriundos do TALP, com questões abertas e fechadas. Os resultados são representados por meio de um

gráfico contemplando variações semânticas para organização do campo espacial, revelando aproximações e oposições das modalidades na construção dos fatores analisados pela AFC (CIBOIS, 2007).

Neste sentido, torna-se possível verificar os vínculos existentes entre os diferentes conteúdos representacionais, correspondentes às respostas evocadas pelos sujeitos, denominadas de variáveis de opinião (respostas evocadas pelas duas palavras-estímulo) e as variáveis fixas ou sociodemográficas, relativas às características de inserção social dos indivíduos (sexo, faixa etária, escolaridade e grupo a que pertencia).

A análise fatorial produz cargas fatoriais, as quais podem ser consideradas como pesos de regressão das variáveis mensuradas para predizer o construto subjacente considerando: quanto maior o valor da carga fatorial, melhor a variável representa o fator; outro critério para as soluções fatoriais é que os fatores precisam explicar uma percentagem significativa da variância total das variáveis medidas, devendo o conjunto de fatores explicar pelo menos 50% da variância comum (VEIGA; FERNANDES; PAIVA, 2013).

A análise do plano fatorial é feita a partir do jogo de operações reveladas pelas respostas aos estímulos indutores, em função dos resultados da AFC. Essa análise permite mostrar uma estrutura mais central em relação a outros elementos do campo representacional e, portanto, a expressão da organização cognitiva a respeito de um objeto representado. Na literatura estatística sobre AFC, convencionou-se que o eixo 1 ou fator 1 deve ocupar a posição horizontal no gráfico, enquanto o eixo 2 ou fator 2 se mantém na vertical (CIBOIS, 2007).

Os dados coletados referentes ao perfil sociodemográfico foram analisados pelo pacote informático SPSS 20, através de estatística descritiva. Os resultados após processamento e análise de todos os dados foram

interpretados subsidiados no referencial teórico das representações sociais (VALA; MONTEIRO, 2013).

Representações Sociais sobre envelhecimento ativo e HIV/Aids.

A idade dos participantes variou entre 60 e 96 anos ($M = 68$; $DP = 7,83$). A maioria dos participantes de ambos os grupos pertenciam à faixa etária entre 60-69 anos (71%), tinham baixo nível de escolaridade, até o ensino fundamental (63%), relataram morar em casa própria (85%) com parentes próximos (44%) e todos referiram algum tipo de religião (100%). No entanto, para o grupo 1 (idosos com HIV) a maioria era do sexo masculino (54%), enquanto para o grupo 2 (idosos sem HIV) a maioria era do sexo feminino (88%).

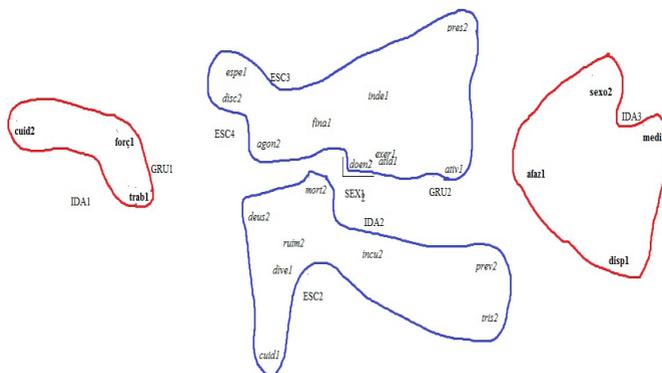
Todos os idosos incluídos no estudo ao passarem pelo MEEM, tiveram suas perdas cognitivas classificadas entre normal e leve e, portanto, apresentaram potencial de entendimento para responder aos questionamentos.

Os resultados indicaram um total de 414 palavras evocadas pelos participantes das quais 115 são diferentes, representando as reações dos atores sociais em relação aos estímulos indutores *idoso ativo* e *aids em idoso*.

A Figura 1 refere-se à representação gráfica do plano fatorial que constam as modalidades mais contributivas para a formação dos eixos. A análise fatorial permitiu distinguir correlações (positivas e negativas) entre os diferentes grupos de pertença, do mesmo modo que foi possível apreender graficamente a atração entre as variáveis fixas e as variáveis de opiniões ou modalidades, que correspondem às palavras evocadas pelos sujeitos. A análise dos dados coletados realizou-se mediante a

leitura gráfica das representações, que estão distribuídas de maneira oposta sobre os dois fatores/eixos (F1 e F2).

Figura 1 – Imagens ou objetivação do envelhecimento ativo e HIV/Aids segundo idosos com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.



Legenda: Estímulos indutores: 1 – Idoso ativo; 2 – Aids em idoso

Fatores: F1 = eixo horizontal: esquerda negativa e direita positiva (vermelho); F2 = eixo vertical: superior positivo e inferior negativo (azul).

Fonte: FERREIRA; MOREIRA, 2015

Dados da Pesquisa

Desse modo, o fator F1, representado pelas palavras em **negrito**, na linha horizontal, encontram-se as representações de valor estatístico mais significativo, explicando 35,4% da variância total das respostas. Enquanto isso, o fator F2, na linha vertical, representado pelas palavras em *itálico*, representa 21,7% da variância total das respostas. Pode-se verificar que a soma das variâncias perfaz um total de 57,1%, permitindo concluir que os dados são estatisticamente significativos, ou seja, satisfatórios para a interpretação dos resultados.

No campo semântico do fator 1, situaram-se as modalidades mais consensuais elaboradas pelos participantes. Na margem esquerda, no eixo fatorial negativo, encontra-se um conjunto de modalidades, com variáveis fixas, os idosos com o diagnóstico do HIV/Aids (GRU1), com idades entre 60 à 69 anos (IDA1), sendo estes os que mais participaram na construção deste campo representacional. Para os participantes, o idoso ativo foi considerado como uma pessoa que tem força e trabalha e o estímulo “aids em idoso” foi representado por cuidado.

Em oposição, na margem direita, no eixo fatorial positivo, visualiza-se como variável fixa a contribuir para a construção deste campo representacional, os idosos sem o diagnóstico (GRU2) e com idade entre 70 a 79 (IDA2) e 80 a 89 anos (IDA3). O idoso ativo foi representado como um indivíduo que tem *disposição* e realiza os *afazeres* de casa. A aids em idoso foi associada ao *sexo* e a *medicamentos*.

No campo semântico do fator 2 (F2), na margem superior (positivo), encontra-se idosos com o diagnóstico de HIV (GRU1), com idades entre 80 a 89 anos (IDA3) e com melhor escolaridade que corresponde ao ensino médio (ESC3) e superior (ESC4). O idoso ativo foi representado como o indivíduo *esperto*, *independente*, *ativo*, que realiza muitas *atividades*, que administra suas *finanças* e realiza *exercícios*. A aids em idoso foi associada a *preservativo* e a uma *doença* que causa *agonia* e *discriminação*.

Em oposição, na margem inferior do eixo 2 (negativo), verifica-se que os idosos sem o diagnóstico de HIV (GRU2), de ambos os sexos (SEX1 e 2), com baixa escolaridade, ou seja, sem escolaridade (ESC1) e com o ensino fundamental (ESC2) associaram o idoso ativo a *diversão* e *cuidado*. E aids em idoso foi representada como *prevenção*, *ruim*, *triste*, *incurável*, *morte* e *Deus*.

A partir da distribuição das palavras evocadas no plano fatorial de correspondência, pode-se observar que os estímulos “idoso ativo” e “aids em idoso” foram associados a aspectos com conotações positivas e negativas. No entanto, para o estímulo “idoso ativo”, sobressaíram os significados mais positivos e para o estímulo “aids em idoso” percebeu-se sentidos atrelados a condição de estar com o diagnóstico da doença aids.

Na Tabela 1, encontram-se as frequências das palavras mais evocadas relativas aos estímulos indutores: *idoso ativo* e *aids em idoso*, com frequência maior que 3. Para o estímulo idoso ativo, observa-se uma associação significativa aos aspectos como: *ativo, exercício, trabalho, afazeres, independência e diversão*. Neste sentido, o idoso ativo é representado por aspectos positivos relacionados às atividades físicas, cotidianas, laborais e lazer.

Tabela 1 – Frequências das palavras relativas aos estímulos indutores idoso ativo e aids em idoso. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Estímulo 1 – Idoso ativo		Estímulo 2 – Aids em idoso	
Palavra	F	Palavra	F
Ativo	18	Morte	17
Exercício	18	Triste	16
Trabalho	17	Doença	15
Afazeres	14	Discriminação	12
Independência	12	Agonia	10
Diversão	10	Ruim	7
Cuidado	8	Incurável	7
Atividade	7	Prevenção	6
Força	5	Cuidado	6
Disposição	5	Preservativo	5
Esperto	5	Sexo	5
Finanças	5	Medicamento	4

As palavras com maiores frequências associadas ao estímulo aids em idoso revelam aspectos negativos relacionados a sentidos como: *morte, triste, doença, discriminação e agonia*. Observa-se que *cuidado* foi associado tanto para o estímulo idoso ativo, quanto para o estímulo aids em idoso. No entanto, esta modalidade possui sentidos diferentes. Para o primeiro estímulo, o cuidado refere-se à pessoa que cuida de si e do seu próximo e para o segundo estímulo, o cuidado refere-se ao cuidado que o idoso com HIV necessita.

Discussão

Foi possível observar que os idosos com o diagnóstico de HIV/Aids representaram o idoso ativo como a pessoa forte, esperta, ativa, que realiza várias atividades, com independência, que ainda trabalha, cuida de suas próprias finanças e pratica exercícios físicos. Os idosos sem o diagnóstico de HIV atribuíram ao idoso ativo, sentidos como disposição, cuidado, afazeres e diversão. Percebe-se que as representações estão relacionadas às atividades realizadas no dia a dia.

O processo de envelhecimento acarreta mudanças no corpo humano em decorrência das alterações fisiológicas resultantes das décadas vividas e uma dessas está relacionada com modificações na capacidade funcional, ou seja, na condição do indivíduo realizar com independência as tarefas do cotidiano, ocasionadas principalmente pelo desuso físico e por situações emocionais (FERREIRA *et al.*, 2012).

A diminuição da capacidade funcional pode ser proveniente da evolução de uma patologia de base, por sequelas ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional. E a dependência funcional pode ser considerada um indicador de saúde e um fator de risco para a mortalidade em idosos, até mais do que as próprias doenças que

levaram à dependência, uma vez que nem todas as pessoas doentes se tornam dependentes (BARBOSA *et al.*, 2014).

Nesse direcionamento, a capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária está relacionada com o envelhecimento ativo. Portanto, faz-se necessário que sejam estabelecidas novas prioridades e ações de saúde que norteiem estratégias para o enfrentamento dos desafios de manter os idosos independentes funcionalmente.

Estudos mostram que idosos de baixa renda têm maior probabilidade de apresentarem déficits funcionais comparado aos idosos com renda alta. Dentre os determinantes econômicos apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para um envelhecimento ativo, destaca-se a renda, o trabalho e a proteção social. Nesse sentido, os idosos que permanecem ativos economicamente, sejam por meio de aposentadorias, pensões ou trabalho remunerado preservam sua independência funcional e conseqüentemente o envelhecimento ativo (VICENTE; SANTOS, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; OMS, 2005).

Neste estudo, a prática de atividade física foi atribuída ao envelhecimento ativo pelos participantes. O exercício físico regular mesmo sendo de menor intensidade tem associação com a manutenção da capacidade funcional. Uma pesquisa realizada no estado do Paraná que objetivou verificar a influência da prática do exercício físico regular em idosos com aids, constatou que o programa de exercício físico proporcionou melhora dos padrões morfofuncionais, da função imunológica e da qualidade de vida na maioria das idosos do referido estudo (ARAÚJO *et al.*, 2014; RIBEIRO, 2015).

Corroborando com estes achados, estudo realizado na cidade de João Pessoa/PB com idosos independentes funcionalmente evidenciou que estas pessoas representavam o envelhecimento ativo com aspectos positivos ligados aos afazeres domésticos, lazer e exercícios físicos,

associando à velhice ativa a independência funcional e autonomia para realizar as atividades de vida diária. Pode-se observar que as atividades apontadas pelos entrevistados estão ao alcance das possibilidades dos idosos (FERREIRA *et al.*, 2010).

Para os idosos entrevistados dos dois grupos, a aids em idoso foi representada com aspectos negativos influenciados pela condição patológica como uma doença triste, ruim, incurável que causa agonia e pode levar a morte, causando, portanto, discriminação e somente Deus pode ajudar no enfrentamento desta condição. Estes aspectos podem dificultar a promoção do envelhecimento ativo quando se considera os aspectos psicossociais envolvidos.

O termo envelhecimento ativo, foi conceituado pela OMS abrangendo, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários. Baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e nos princípios da participação, dignidade, assistência, auto realização e independência (OMS, 2005).

No Brasil, o direito do idoso está assegurado em diversos instrumentos legais e políticas públicas, no entanto, para sua implementação cabe a família, sociedade, poder público e profissionais de saúde oferecer aos idosos os recursos necessários para permitir o combate ao preconceito, a valorização e a inserção na sociedade, proporcionando que o idoso seja coadjuvante na busca de um envelhecimento ativo com qualidade de vida (RODRIGUES, 2019).

A qualidade de vida e o bem-estar são fatores que devem estar presentes durante o desenvolvimento humano para que o indivíduo alcance um envelhecimento bem-sucedido e ativo. Para tanto, faz-se necessário à elaboração de estratégias de saúde, através do planejamento de ações de assistência e de educação em saúde para os idosos, levando-se em consideração a mudança no perfil da doença, assim como as características e comportamentos individuais e coletivos apresentados por essas pessoas (LIMA; FREITAS, 2012).

Espera-se que este estudo contribua para um olhar diferenciado para o idoso apesar das limitações que este estudo apresentou, como o número reduzido de participantes idosos com o diagnóstico de HIV/Aids, porém foi possível diante do número de idosos com o diagnóstico nos serviços.

Assim, o desafio é prevenir e retardar as doenças e fragilidades; manter a saúde, independência e autonomia e contribuir para que, apesar das limitações que possam surgir, estas idosos possam redescobrir suas potencialidades e viver com a melhor qualidade de vida possível (TURA; SILVA, 2012).

Considerações Finais

Procurou-se conhecer as representações sociais sobre envelhecimento ativo e HIV/Aids construídas por idosos com o diagnóstico de HIV/Aids e sem diagnóstico enfatizando-se o seu impacto no envelhecimento ativo de idosos.

Os resultados demonstraram que para todos os participantes envolvidos, o envelhecimento ativo foi visto como algo que está ao alcance dos idosos, pois este foi representado por aspectos relacionados à independência funcional e autonomia.

Sendo assim, manter os idosos que vivem com o diagnóstico de HIV/Aids independentes funcionalmente e autônomos pode ser considerado como uma importante estratégia para a promoção do seu envelhecimento ativo. Assim como, mantê-los inseridos numa rede social proporcionará sua participação na sociedade de maneira ativa.

Também foi possível observar conteúdos e imagens negativas que estão associadas ao envelhecer com o HIV/Aids, refletindo suas vivências e modos distintos de olhar o envelhecimento mais desfavorável revelando as dificuldades do dia a dia, a exemplo da discriminação apontada por eles. Então, para que estas pessoas se sintam inseridas na sociedade é preciso combater a discriminação e preconceito através de medidas educativas em diversos espaços, visando a construção social de uma imagem mais positiva do envelhecimento associado ao HIV/Aids.

Portanto, para a conquista do envelhecimento ativo dos idosos sejam eles soropositivos para o HIV ou não, é necessário o envolvimento de diversos atores sociais. A família apresenta um papel importante na manutenção do envelhecimento saudável, através do cuidado domiciliar, suporte e manutenção das relações familiares. Os profissionais de saúde que lidam com essa faixa etária precisam ampliar o seu olhar para necessidades que vão além das biológicas. E os gestores públicos necessitam criar e executar políticas públicas que favoreçam as oportunidades de saúde, participação e segurança social, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Observa-se nas representações sociais do envelhecimento ativo e do HIV/Aids evidência dos idosos com HIV/Aids e sem o diagnóstico ao associarem predominantemente conteúdos negativos o que sugere a necessidade de uma maior reflexão sobre a realidade dos serviços de saúde, principalmente no que tange aos idosos com diagnóstico de HIV/Aids; merece, assim por parte dos profissionais maior ênfase nos

estudos de educação em saúde capazes de minimizarem esta situação por impactarem negativamente, tanto na assistência quanto, na própria condição de vida do idoso.

Referências

ARAÚJO, Ana Paula Serra *et al.* Influence of physical exercise on practice standards morphofunctional, immune function and quality of elderly with aids: case study. *Manual Therapy Posturology & Rehabilitation Journal*. v. 12, p. 146-172, 2014.

BARBOSA, Bruno Rossi *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3317-3325, 2014.

BRUCKI, Sonia *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 61, p. 777-781, 2003.

CAMPOS, Ana Cristina Viana *et al.* Determinants of active aging according to quality of life and gender. *Ciência & saúde coletiva*, v. 20, n. 7, p. 2221, 2015.

CIBOIS, Philippe. *Les méthodes d'analyse d'enquête*. Paris: Presses Universitaires de France; 2007.

FERREIRA, Márcia de Assunção. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 20, p. 214-219, 2016.

FERREIRA, Olivia Galvao Lucena *et al.* Active aging from the perspective of aged individuals who are functionally independent. *REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP*, v. 44, n. 4, p. 1060-1064, 2010.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 21, p. 513-518, 2012.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LIMA, Tiago Cristiano; FREITAS, Maria Isabel Pedreira. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, v. 65, p. 110-115, 2012.

LIMA, Renan Santos *et al.* Os antiretrovirais no cotidiano de idosos soropositivos: um estudo a partir das representações sociais. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2010.

MARTINS, Claudia Regina Magnabosco; CAMARGO, Brigido Vizeu; BIASUS, Felipe. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, v. 8, n. 3, p. 831-847, 2009.

MOSCOVICI, Serge. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes; 2012.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, p. 276-286, 2013.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; PAZ, Leidijany Costa; MELO, Gislane Ferreira de. Ten years of HIV-AIDS epidemic in more than 60 years in Federal District-Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, p. 30-39, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

RIBEIRO, Dâmarys Kohlbeck de Melo Neu *et al.* Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, p. 89-96, 2015.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Healthy aging and the exercise of human rights. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, 2019.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, p. 1035-1039, 2010.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos *et al.* Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, p. 1028-1037, 2011.

SILVA, R. A. *et al.* AIDS epidemic in Brazil: analysis of current profile. *J Nurs UFPE*, v. 7, p. 6039-46, 2013.

TURA, Luiz Fernando Rangel; SILVA, Antonia Oliveira. Envelhecimento e representações sociais. In: *Envelhecimento e representações sociais*. 2012. p. 315-315.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. *Psicologia social*. Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.

VEIGA, Kátia Conceição Guimarães; FERNANDES, Josicelia Dumet; PAIVA, Mirian Santos. Análise fatorial de correspondência das representações sociais sobre o trabalho noturno da enfermeira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, p. 18-24, 2013.

VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Multidimensional evaluation of determinants of active aging in older adults in a municipality in Santa Catarina. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 22, p. 370-378, 2013.

WACHELKE, João Fernando Rech *et al.* Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 13, p. 107-116, 2008.

CAPÍTULO 12

OS SENTIDOS DA AIDS EM DIFERENTES CONTEXTOS E TEMPORALIDADES¹

Luiz Fernando Rangel Tura
Diana Maul de Carvalho
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Margot Campos Madeira

INTRODUÇÃO

Neste texto, pretende-se refletir sobre algumas mudanças observadas nas representações sociais sobre HIV/Aids, construídas por estudantes da educação básica e por idosos, em diferentes contextos socioculturais.

Tal escolha deve-se ao entendimento de que os indivíduos e os grupos habitam em espaços de interação e comunicação na sociedade e no tempo em que vivem. Não se pode imaginar – especialmente nos dias atuais—uma cultura isolada das outras, mas ao contrário, um intenso movimento de circulação de informações dinamizando os vários canais de comunicação que mediam os processos de informação e construção de sentidos. Essas questões serviram de motivo para que se voltasse o olhar para esses estudos e procurasse estabelecer uma interrelação com aquilo que surgiu como as representações da aids no discurso de estudantes e idosos.

Foram comparadas, então, as transformações ocorridas nas representações sociais da aids elaboradas por diferentes grupos de jovens e o

¹ DOI: 10.5281/zenodo.7651129

que foi observado mais recentemente, em 2008 e 2011, na construção de idosos sobre os significados da aids, que é subsidiário dessa circulação de sentidos.

A doença provoca impactos, repulsa e negações. A mulher e o homem modernos devem ser saudáveis, fortes, ativos, jovens (ARIÉS, 1975). É assim que são representados pela mídia. E é para essas imagens que se dirige o olhar dos telespectadores. A aids vem frustrar essas expectativas, tornando-se uma presença incômoda na sociedade (MADEIRA, 1998).

A partir dos anos 1960, o crescente progresso científico e tecnológico observado no pós-guerra propiciou um avanço significativo da indústria farmacêutica e de equipamentos para a saúde e o desenvolvimento de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento. A geração de novos antibióticos e quimioterápicos de comprovada eficácia sugeria que as doenças infectocontagiosas eram um problema superado. As estatísticas de saúde corroboravam essa expectativa, ao permitirem constatar a queda da morbimortalidade por essas patologias e o aumento por doenças crônicas. Nesse cenário, tomava corpo a ideia de que um dos principais problemas apresentados à medicina era a cura das neoplasias nas suas diferentes formas.

Ao mesmo tempo, no contexto da Guerra Fria, a atenção da mídia era desviada para problemas de natureza ideológica, política e socioeconômica.

A partir da segunda metade dos anos 1970, no Brasil e em outros países, os serviços de saúde começavam a constatar a ocorrência de quadros infecciosos respiratórios que não respondiam aos efeitos do arsenal terapêutico disponível. Evoluíam rapidamente para a insuficiência respiratória e morte. Com o passar do tempo, esses casos tornaram-se mais frequentes, acometendo indivíduos com características clínico-epidemiológicas semelhantes.

É nessa conjuntura que irá surgir um inesperado desafio a ser enfrentado pela ciência – a infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a emergência da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids). Isso, aos poucos, tornou-se um problema de grande relevância diante da magnitude da pandemia que se instalava. Foram atingidos todos os países constituindo-se em um fenômeno com sérias consequências tanto do ponto de vista da saúde, quanto para os diversos setores da sociedade. Seu impacto desencadeou ações que têm tido como resultado importantes avanços em diversas áreas do conhecimento, principalmente na biologia e na saúde, bem como nas ciências sociais e humanas, com a ampliação do interesse por pesquisas que consideram a interrelação entre cultura, sexualidade e questões político-econômicas.

A vinculação a condutas sexuais específicas, no conteúdo das primeiras notícias difundidas, ocasionou uma percepção enviesada da real magnitude da doença, além de contribuir para a construção de um olhar estigmatizante e discriminador do doente. Não eram incomuns relatos de resistência ao atendimento de pacientes diagnosticados com Aids/SIDA, por parte de profissionais de saúde.

Quando surgiu o acometimento de hemofílicos, o problema tomou outras dimensões. A contaminação maciça inicial da população hemofílica causou uma tragédia particular, que atingiu este grupo de forma dramática, o que fez diminuir rapidamente o contingente populacional dos hemofílicos pelas inúmeras mortes ocorridas. Sendo uma doença de transmissão hereditária, será necessário algum tempo para que o número de hemofílicos se aproxime do que era antes da emergência da aids (ARNOLD; JULIAN; WALKER, 2006; MCGRADY; JASON; EVATT, 1987). Esta ‘seleção’ também ajudou na visibilidade da doença. Vale a pena enfatizar que esta tragédia foi tão maior, quanto mais acessível era a tecnologia dos hemoderivados. Quem não tinha acesso ficou ‘excluído da hecatombe’

Governos dos diversos países e organizações internacionais de saúde apresentaram comportamento semelhante ao negarem a relevância do problema ou não reconhecerem sua magnitude. Tais condutas redundaram em maior facilidade para o alastramento da epidemia.

A título de ilustração, vale registrar que em um boletim semanal da OMS, em 1985, era ocupado exatamente o mesmo espaço com uma notícia sobre poliomielite na Finlândia e uma sobre a aids na Itália; por sua vez, notícia sobre varíola nos Estados Unidos da América recebia o dobro desse espaço².

No contexto brasileiro, as instituições oficiais e a sociedade custaram a perceber que nesse quadro socioepidemiológico emergia um problema relevante de saúde pública por este atingir apenas grupos minoritários, como era enfatizado pelos meios de comunicação social (PARKER, 1987).

Não era, portanto, de se surpreender que notícias de uma doença desconhecida, aparentemente acometendo grupos específicos de pessoas, com sintomas estranhos, como a destruição do sistema imunológico e infecções oportunistas, tenham alarmado a população no início dos anos de 1980.

Para ilustrar essa postura, vale o relato de Nascimento (2011) sobre a entrevista coletiva do Ministro da Saúde do Brasil, Carlos Santana, em 1985 sobre a emergência dessa doença. Ele assinalava que:

“...aids é preocupante, mas não prioritária para o País. Somos 130 milhões de brasileiros e temos cinco milhões com doença de Chagas, cerca de oito milhões com esquistossomose, mais de quatrocentos mil com malária, 250 mil com tuberculose e 300 mil com lepra. Com aids, só temos confirmados quatrocentos casos (p. 12)”.

2 Cf. World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological record, v. 60, n. 33, p. 258-60, 1985.

O pânico se forma. Os jornais noticiam os acontecimentos. Fala-se de ‘grupos de risco’, investigam-se formas de contágio, condena-se a promiscuidade, indaga-se sobre a amoralidade. Em meio à ansiedade que se generalizava havia os que asseveravam tratar-se de punição divina diante dos descaminhos e da incidência de condutas ditas inaceitáveis no campo da sexualidade, como, em 1985, anatematizava D. Eugênio Salles, Cardeal do Rio de Janeiro.

“... aids como uma punição e castigo divino, um revide da natureza contra as inversões que estavam acontecendo no campo da sexualidade (SEFFNER; MÚSCARI, 2012, p. 381)”

Com a evolução da epidemia foram observadas alterações importantes no seu perfil epidemiológico, assim como mudanças no significado e nas posturas relacionadas à atenção ao doente. Estas mudanças vão tomando forma, motivadas e reforçadas pela organização de reivindicações quanto ao direito do atendimento em serviços de saúde. Por outro lado, o problema passou a ter maior visibilidade junto à mídia. Ao atingir profissionais do mundo artístico e personalidades de circulação nos canais de comunicação social, possibilitou que se mobilizasse a opinião pública, acabando por arrastar consigo questionamentos sobre a atenção à saúde, em sentido mais amplo, e a propiciar o surgimento de reivindicações quanto à melhoria da qualidade do atendimento à saúde no Brasil (BASTOS, 2002).

Barata (2006) analisou como a aids era difundida na televisão brasileira. Para isso desenvolveu a investigação das matérias sobre a doença apresentadas no programa *Fantástico* da Rede Globo, no período de 1983 a 1992. Compilou um total de 105, 1/4 das quais difundiam conteúdos que focalizavam as dimensões classificadas por ela como científicas, destacando que, inicialmente, refletiam uma conjuntura de medo, pavor e

insegurança. Vale assinalar o descrito pela autora, que diante da implantação do Programa Nacional de AIDS, em 1985³, observou que a ênfase nos discursos passou a incidir sobre o sistema público de saúde, sempre caracterizado como deficiente e ineficaz.

Finalmente, em 1991, com o anúncio de que o jogador de basquete Magic Johnson contraíra o HIV de uma mulher, ela identificou conteúdos que explicitavam mudanças no espectro da epidemia, que passava, então, a atingir outros indivíduos, fora dos denominados ‘grupos de risco’⁴. Apesar disso, é interessante a constatação da autora de que não encontrou nenhuma referência que abordasse as possibilidades e a necessidade de prevenção, mas em contrapartida, era enfatizada a urgência de se “acabar com a prática sexual promíscua dos homossexuais” (p. 135). Observa-se, dessa forma, que as imagens estereotipadas propagadas pela mídia eram contemporâneas da evolução global da doença e coerentes com os interesses dos grupos hegemônicos da sociedade.

Conjuntura semelhante foi observada em outros países, como resposta inicial à emergência desse fenômeno, ao se constatar a presença de preconceitos, pavor e medo diante do difundido pelos meios de comunicação social, classificando a doença como “câncer gay”, “pneumonia dos homossexuais” e qualificativos semelhantes (HERZLICH; PIERRET, 1992). As condutas decorrentes surpreendiam pela aparente falta de solidariedade e opção por exclusão dos infectados, atitude que não se esperava ao final do século XX (PEREZ; CARVALHO; TURA, 2008).

3 Cf. Portaria nº 236, 02/05/1985, Brasília: Diário Oficial 06/05/1985.

4 É exemplar a manchete de capa da revista *Veja* na edição 1208 de 13/11/1991 que registrava: “AIDS o vírus pega o Pelé do basquete”. Seguiu o depoimento de Magic Johnson: “Pensamos que só os gays podem contrair o vírus da Aids, que nunca vai acontecer com a gente. Pode acontecer com qualquer um. Aconteceu comigo”.

Após a perplexidade deste primeiro momento, os avanços na definição do diagnóstico, a implantação de medidas de controle e assistência mais efetivas e a constante atuação da sociedade civil organizada foram clarificando referências mais definidas, o que contribuiu para uma gradual naturalização dos sentidos atribuídos à doença, com menor carga de estereotipia.

Cabe destacar, no contexto que se articula, o crescimento progressivo do papel do Estado, uma vez que este devia encarregar-se do controle da doença. Vale lembrar que foi exatamente o sistema de vigilância de doenças que fez com que se percebesse a ocorrência de algo novo entre as notificações existentes. Desse momento em diante, os registros se fizeram mais importantes e os conhecimentos acumulados permitiram uma notação mais precisa, assim como possibilitaram pesquisas mais pertinentes.

Ao se constatar a crescente existência de casos óligo ou assintomáticos, exigindo reavaliação das propostas de prevenção e controle da doença, observou-se o surgimento de esquemas terapêuticos eficientes e se inaugura uma nova etapa na abordagem da epidemia.

Não se pode omitir, no entanto, que ao mesmo tempo em que aumentaram as opções terapêuticas nas nações mais ricas, tem-se nações pobres nas quais a epidemia continuou avançando, com imenso impacto na população adulta. A XX Conferência Internacional de Aids chamou a atenção para os efeitos da negligência na prevenção e na redução do financiamento internacional⁵.

No Brasil encontra-se uma tendência de estabilização da epidemia, apesar de nítidas diferenças regionais e, sobretudo, entre as classes

5 XX Conferência Internacional de Aids realizada entre 23 e 27 de julho de 2018 em Amsterdã, <https://unaids.org.br/tag/22a-conferencia-internacional-de-aids>, acesso em 27.01.2019.

sociais. Ressalte-se que, em décadas anteriores, o país passou a liderar a luta contra os preços elevados dos antirretrovirais, possibilitando uma reflexão, que pode abranger diferentes patologias, sobre as dimensões políticas, econômicas, éticas, entre outras, envolvidas na terapêutica das doenças crônicas.

Esta introdução pretendeu, de modo rápido, contextualizar a emergência da aids no Brasil e o conjunto de interesses culturais, políticos e econômicos que articulou. Tal mobilização acarretou a progressiva estruturação, no plano simbólico, de novos significados e determinou mudanças de comportamentos ao colocar uma cunha nas relações sociais e, em especial, na sexualidade.

As representações sociais da aids entre jovens e pessoas velhas

A aids constituiu-se em um objeto apropriado para se observar o dinamismo das representações sociais, propiciando o acompanhamento das mudanças que foram ocorrendo com a evolução da epidemia.

Jovchelovitch (2008) afirma que, ao mesmo tempo em que consiste em um produto resultante da formação e da transformação dos saberes sociais, a partir dos processos de comunicação e interação, as representações sociais constituem-se em um fenômeno composto de regularidades empíricas que abarcam valores e práticas humanas relativas a objetos específicos, referentes a processos sociais comunicativos e expressivos.

Ou, conforme assinalou Abric (2001), a representação social organiza opiniões, atitudes, crenças e informações acerca de um dado objeto, levando-se em conta a história do sujeito ou do grupo, sua inserção na sociedade e suas relações mais amplas com o contexto social. Lembra que os sistemas sociocognitivos, que compõem as representações sociais,

são dinâmicos e, ao mesmo tempo, rígidos e flexíveis, estáveis e mutáveis, estruturados por elementos hierarquizados e organizados com funções específicas e complementares—o sistema central e o sistema periférico (SÁ, 1996).

Adotando esta abordagem teórica são apresentados os resultados obtidos em quatro investigações realizadas com estudantes da educação básica em 1992, 1996 e 2001 no estado do Rio de Janeiro e em 2007, no oeste do estado do Pará.

Nos estudos realizados no estado do Rio de Janeiro, as mudanças observadas nas representações sociais da aids foram muito rápidas tendo em vista a novidade que se apresentava para esses estudantes. Assim, em 1992, em Angra dos Reis, uma cidade costeira e turística, os sentidos elaborados tinham como núcleo central a evocação do elemento *morte*, coerente com o difundido pela mídia e pelas instituições de saúde na época.

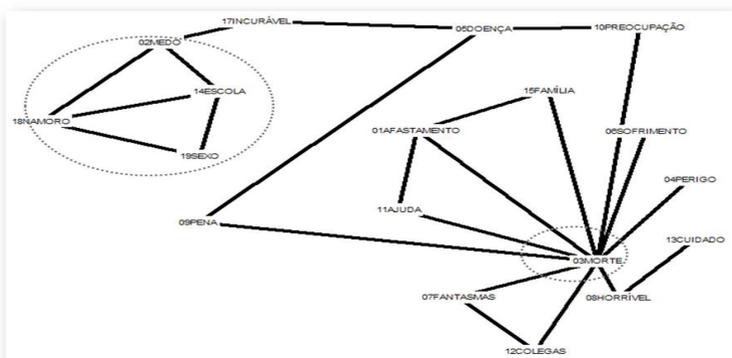
Pouco antes, ainda na segunda metade da década de 1980, o Ministério da Saúde, reproduzindo intervenções realizadas em outros países, distribuiu um panfleto ilustrado com a exclamação “AIDS mata!”⁶. Não era de se estranhar, portanto, que no início da década de 1990, apesar de já se conhecer a etiologia da doença, as evocações desses adolescentes estivessem centradas, sobretudo, em conteúdos preconceituosos, tendo como referentes o acometimento de figuras socialmente conhecidas.

Nesse contexto, os conteúdos pregnantes mediavam sentidos de *afastamento*, *sofrimento*, *horror* e *pena*, assinalando o reflexo dessa novidade em suas vidas e presente no seu cotidiano. Aparece também a preocupação com os colegas e a necessidade de *ajuda* e *solidariedade* com os doentes.

6 http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/resposta_2010.pdf

É interessante registrar, também, que o universo da sexualidade e das relações afetivas explicitado pela conexão entre *namoro/sexo/escola/medo* colocava-se lado a lado com o conjunto acima assinalado, deixando ver a preocupação com o perigo de uma gravidez indesejada. No material estudado foi constatada a ausência de qualquer menção a atitudes e práticas de *prevenção* em relação à doença emergente. Tal conteúdo só estava presente em outros momentos como nas conversas observadas nas escolas, sempre dirigidas à prevenção da gravidez e, ainda assim, de forma alusiva (TURA; LUIZ, 1993).

Figura 1–Árvore de similitude^{7,8}, Angra dos Reis/RJ. 1992



- 7 Para maior conhecimento sobre análise de similitude consultar: BOURICHE, B. L'analyse de similitude. In: ABRIC, J.-C. directeur. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Saint-Agne: Éditions Érès; 2003. p. 221-52; PEREIRA, F. J. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. et al. (Orgs.) *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa, Editora Universitária- UFPB, 2005. p.25-60
- 8 Para a realização da análise de similitude foi empregue o programa Dressing@. VERGÈS, P.; JUNIQUE C. *Analyse de similitude de questionnaires et de données numériques: manuel, version 2.1*. Aix en Provence: LAMES, 1999.

Em 1996, em outra investigação na cidade do Rio de Janeiro, com 797 estudantes, já se pôde constatar uma ampliação do universo semântico relativo ao objeto e uma mudança na organização representacional: os sentidos, então, eram construídos principalmente em torno de *morte* e *sofrimento*, mas apresentava também *doença*, *camisinha* e *anticoncepcional* como elementos com algum poder simbólico.

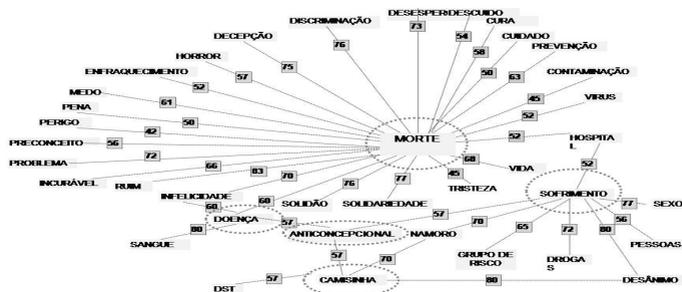
A evocação *morte* organizava grande parte dos conteúdos, articulando elementos com os sentidos negativos já achados em Angra dos Reis, que mediava conteúdos como *hospital*, *vírus*, *cura*, *cuidado*, *descuido* e *prevenção*, deixando entrever novas ancoragens.

O elemento *sofrimento* conectava-se com *anticoncepcional*, *namoro*, *sexo*, *grupo de risco*, *drogas*, *pessoas* e *desânimo*, expondo as contradições vividas no cotidiano desses estudantes quanto à vida afetiva e à sexualidade. Além disto, a organização destes elementos deixava ver uma tentativa de caracterizar a aids como a “doença do outro”, de determinadas pessoas (*grupo de risco*) num esforço para distinguir um grupo e, ao mesmo tempo, proteger-se, como acontecia com as descrições iniciais da epidemia. No processo de observação, foi possível registrar diálogos que ilustram essa contradição: ao mesmo tempo em que uns convictos afirmavam “... no início da doença, existiam os chamados ‘grupos de risco’, mas hoje em dia não existem mais ...”, outros complementavam a ideia assinalando uma ressalva “... logicamente não corremos tanto risco quanto os grupos de risco propriamente dito.”

Doença estabelecia conexões com *morte*, *infelicidade*, *sangue* e *anticoncepcional*. Além de reforçar a caracterização da aids como doença mortal que traz infelicidade e que pode ser transmitida pelo sangue. Esta construção exibia a tensão entre situações divergentes, mas que, por se originarem de uma mesma matriz, se confundiam: o uso dos métodos

anticoncepcionais para a prevenção da gravidez inoportuna e o uso do preservativo para a prevenção da aids.

Figura 2- Árvore de similitude, Rio de Janeiro. 1996



Este estudo permitiu mostrar que o sistema periférico das representações construídas pelos rapazes e pelas moças tinha em comum os elementos *cura*, *desespero*, *hospital*, *solidão* e *solidariedade*. Nas alunas encontrava-se, em acréscimo, *contaminação*, *cuidado*, *luta* e *vírus* e, somente *descuido* nos alunos. Esta construção ancorava-se no que era entendido como próprio do *ethos* feminino, sinalizando que a prática do cuidado com a contaminação pelo HIV era de responsabilidade das moças, enquanto que os rapazes tinham sua atenção voltada para o problema do descuido, ligado principalmente ao descontrole de seus impulsos sexuais.

Nesse momento, o processo de observação de campo evidenciou um contexto de proximidade com a doença, constatando-se sua presença na vida desses jovens. Muitos informavam já conhecer alguém com a doença: um vizinho ou mesmo um parente.

Ao se considerar a vinculação institucional das escolas aonde ocorreu o trabalho de campo, isto é, públicas e privadas, o que o sistema periférico

dessas representações tinha em comum eram as evocações *descuido*, *desespero*, *solidão* e *solidariedade*. Nos estudantes de escolas públicas foi possível encontrar, ainda, *grupo de risco*, *infelicidade*, *vida* e *vírus* e, nos de escolas privadas, *contaminação*, *cuidado* e *hospital* (TURA, 1998). Tais estruturas expunham modulações individualistas, no dizer de Flament (1994), refletindo/refratando as diferenças na experiência destes jovens, especialmente no que diz respeito aos recursos mobilizados em relação à proteção da saúde.

A coleta de dados dessa pesquisa terminou em maio de 1996. Dois meses após, um fato novo era anunciado como promissor na abordagem terapêutica da Aids, apresentado na XI Conferência Internacional da Aids, em Vancouver. Era a adoção da terapia combinada de drogas antirretrovirais.

A notícia foi logo difundida nos meios de comunicação massiva no Brasil e popularizada como “coquetel” como por exemplo na capa da revista “Veja” em agosto de 1996⁹. É evidente que não se conseguiu todo o sucesso esperado com esse esquema terapêutico – a cura –, mas, sem dúvida, produziu efeitos positivos ao aumentar a sobrevivência das pessoas infectadas, melhorando sua qualidade de vida. Essa proposta de terapia antiviral combinada impactou a evolução clínica da aids, propiciando aumento da expectativa e qualidade de vida nos pacientes (ROMANELLI *et al.*, 2006). A aids passa, então, a apresentar um

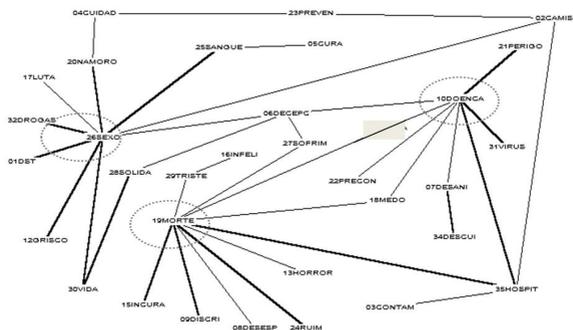
9 A capa da revista *Veja* (Edição 1452/1996) é ilustrativa desse fato. Tinha como pano de fundo a sigla AIDS em negrito e preto, em contraste a palavra CURA em realce branco. A manchete era “AIDS [realce preto] secundado MAIS PERTO DA CURA [realce vermelho]. Logo em baixo: “Um coquetel de drogas revive doentes desenganado”. <https://www.google.com/search?q=revista+veja+Ed.+1452+10/07/1996&client=firefox-a>

quadro clínico compatível com o de uma doença crônica (BARBOSA; STRUCHINER, 2003).

Nesse novo contexto, foi realizado em 2001, outro estudo em Petrópolis, cidade da região Serrana do Rio de Janeiro. Foram sujeitos desta pesquisa 211 estudantes do ensino básico. Constatou-se que as representações se organizaram em torno das evocações *morte*, *doença* e *sexo*.

Já se delineava uma mudança em relação ao encontrado cinco anos antes no Rio de Janeiro. *Doença* e *sexo* passaram a apresentar valor simbólico característico de elementos centrais, formando figuras estreladas. Essa composição estava sugerindo uma nova categorização para essa patologia – uma doença de transmissão sexual que pode levar à morte (TURA; MADEIRA, 2001).

Figura 3- Árvore de similitude, Petrópolis/RJ. 2001

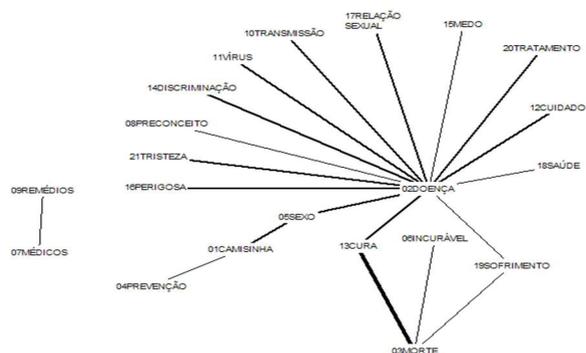


Por último, vale o relato de investigação realizada na área rural de Santarém, município situado no oeste do Pará, com 244 estudantes da educação básica, cuja idade variava de 12 a 18 anos.

Nesse contexto, o que se pôde observar foi uma estrutura em que as representações sociais da aids apresentavam um núcleo central constituído somente pelo elemento *doença*, que mediava os sentidos de doença

perigosa, incurável que traz sofrimento e tristeza, causada por vírus transmitidos nas relações sexuais e, por isso, é necessário cuidado e informação, e a prevenção se faz com o uso de preservativos (Figura 4).

Figura 4–Árvore de similitude, Santarém/PA. 2007.



O elemento *morte* apresentava um poder simbólico menor que nos estudos anteriores onde estava situado no núcleo central e está conectado aos elementos *incurável*, *cura* e *sofrimento*. Somente estes dois últimos estão articulados à *doença*, querendo reafirmar a categorização da aids como uma patologia sem cura e que traz sofrimento. Vale assinalar que Flores-Palacios e Leyva-Flores (2003) relataram achados semelhantes na cidade do México.

Não deixa de ser curioso que, apesar de se pretender a cura, os elementos *médicos* e *remédios* estejam colocados à parte, à busca de uma ancoragem.

É de relevância o registro de que conteúdos referentes à transmissão sanguínea, seja por transfusão de sangue ou por compartilhamento de seringas para o uso de drogas injetáveis, não se encontravam presentes no conjunto de evocações realizadas. Este dado pode fazer supor que o

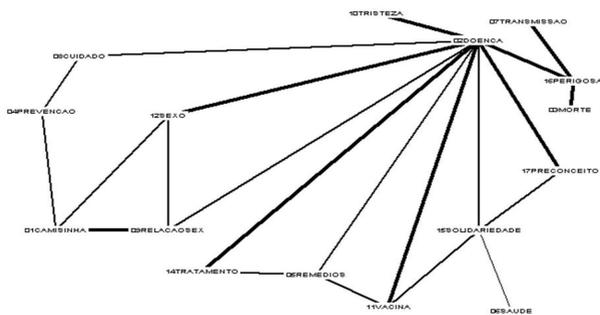
conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/Aids não estava suficientemente estruturadas para este grupo.

É uma lacuna preocupante e pode ser explicada pelas desigualdades existentes no Brasil. Este grupo residia em uma localidade rural, ribeirinha, com disponibilidade somente dos serviços básicos de saúde e provavelmente não tinha acesso às informações circulantes no período (TURA; BURSZTYN; CARVALHO; GALLIEZ, 2007).

Ao se procurar diferenças na construção de sentidos pelos sujeitos, segundo sua idade, foram considerados os grupos formados por estudantes de 12 e 18 anos. Pôde ser observado que o elemento *doença* era o componente comum do núcleo central das representações construídas acerca da aids nas duas situações consideradas.

No grupo de 12 anos, o elemento *doença* mediava sentidos relativos às consequências trazidas pela doença, principalmente tristeza e preconceito, além do indicativo da necessidade de tratamento e prevenção através de vacina. Além disso, duas formações triangulares—doença, sexo, relações sexuais e sexo, camisinha, relações sexuais—tentam especificar a importância da transmissão sexual do HIV (Figura 5).

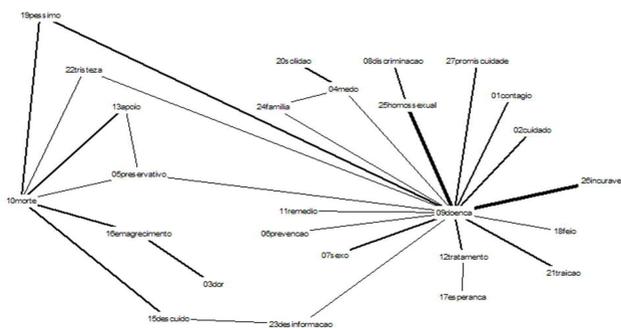
Figura 5—Árvore de similitude, estudantes de 12 anos, Santarém/PA 2007.



Em João Pessoa, foi constatado que os sentidos eram construídos em torno de dois polos constituídos pelos elementos *morte* e *doença*.

O elemento *doença* apresentou-se como o grande organizador dessa representação, abarcando conteúdos invariantes, relativos ao objeto, semelhantes aos existentes na época da emergência da síndrome. Esse achado sugere que o cotidiano desse grupo ainda está permeado pela construção enviesada das explicações pretéritas ou pela pouca compreensão da etiologia da doença, ancoradas nas cognições *homossexual*, *promiscuidade*, *traição* e *discriminação*; ou, *incurável* e *feio* (MOREIRA; SILVA; NOGUEIRA, 2009).

Figura 7—Árvore de similitude, João Pessoa/PB, 2008.



Está presente também a *esperança* de cura resultante de um possível *tratamento*.

O conjunto de elementos organizados entorno de *doença* e *morte*, entretanto, sugere que a aids seja doença somente de transmissão sexual, *contagiosa* e que, por isso, exige *informação*, *cuidado* e *prevenção*. Nessa construção, o sangue é um conteúdo ausente que espelha um conhecimento insuficiente para orientar atitudes e práticas efetivas de prevenção.

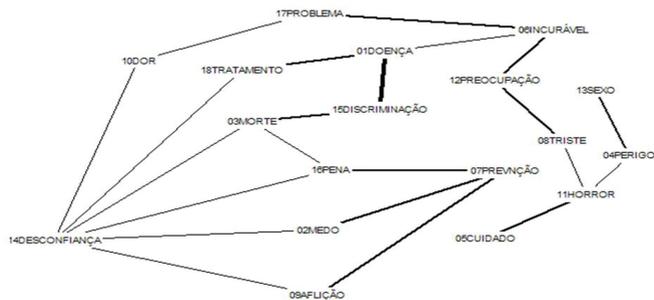
Observa-se, ainda, a preocupação com o acometimento de familiares, especificado na formação triangular *doença, medo e família*.

No outro polo, a formação estrelada centralizada pelo elemento *morte* na medida em que estabelece conexões com *péssimo, tristeza, emagrecimento e dor*; ou com *apoio, preservativo e descuido* constituem estruturas semelhantes às encontradas também em época remota. São sintomas e atitudes que servem de ancoragens, espelhando construções com muitas estereotípias.

Na investigação desenvolvida em Vitória da Conquista, as representações sociais construídas por idosas têm um único elemento organizador – *desconfiança* (CUNHA; MOREIRA, 2012). Esse elemento exibe seu poder simbólico ao estabelecer conexidade com seis outras cognições – *dor, tratamento, morte, pena, medo e aflição* – que estão a mediar sentidos relacionados com o sofrimento que pode ocorrer com essa doença. Tal mediação é detalhada no esquema triangular formado por *desconfiança, pena e morte* (Figura 8).

De certo modo, são construções pretéritas associadas ainda ao que era difundido pela mídia no início da epidemia nos anos de 1980 e 1990, como as relatadas por Herzlich e Pierret (1992).

Figura 8 – Árvore de similitude, Vitória da Conquista, 2011.



A constatação dessa estrutura representacional é curiosa, pois está na contramão dos sentidos construídos por idosos de João Pessoa e jovens do Rio de Janeiro e do Pará, que exibiam representações elaboradas em torno da morte, sexo ou doença. Estas cognições foram substituídas por *desconfiança* talvez querendo explicitar a vulnerabilidade a que estão expostos pela existência e presença da aids nos espaços em que vivem e nas suas relações sociais.

Outro aspecto a ser considerado é quanto ao nível de informação acerca do que é a aids. Esta construção não exhibe um conhecimento de que se trata de uma doença em que a transmissão sexual é preponderante, aludindo apenas ao perigo e preocupação com a sexualidade. Em acréscimo, também não foram observadas referências à transmissão sanguínea dessa doença, fato que ocorreu também com os estudantes de Santarém e nos idosos de João Pessoa.

Na última investigação com idosos em João Pessoa (2018), pode-se observar que os sentidos da aids foram construídos em torno dos elementos *doença* e *família* como pode ser visto na figura 9 (MOREIRA *et al.*, 2018).

A estrela organizada por *doença* é composta por 13 elementos – *sexo, incurável, preconceito, desgosto, tristeza, transmissível, viver, cura, família, cuidado, perigosa, camisinha* e *medo*—que estão a mediar sentidos que mostram a complexidade dos problemas decorrentes dessa doença, ancorando-se nos aspectos de saúde, psicossociais e afetivos consequentes desse quadro patológico. A vulnerabilidade apresenta-se, de certa forma, com mais concretude. Nesta construção, passa a estar presente o elemento *sangue*. Uma constatação importante, uma conquista em relação ao estudo anterior, sugerindo que o componente sanguíneo foi apreendido como um fator de transmissão do HIV. No material colhido, entretanto, pode-se observar que continua presente a crença de que

Houve um empenho conjunto de autoridades, de profissionais e organizações não-governamentais na desconstrução do mito da existência de grupos de risco. Além disso, o país desenvolveu tecnologia na produção de medicamentos antirretrovirais, facilitando a adoção de políticas para garantir o acesso universal à terapia combinada dessas drogas.

Os resultados deste processo impactaram não somente as ações de saúde, como também as atitudes e práticas de indivíduos e grupos de diferentes setores sociais em relação ao HIV-Aids. Constituiu-se, deste modo, um contexto com espessura social, no dizer de Celso Sá (1998), que ensejava a construção/reconstrução de novos sentidos, de novas representações sociais da doença.

Ao longo dos 26 anos de pesquisas tendo o HIV-Aids como objeto, a comparação dos resultados deixa ver que, no início, a composição do sistema central das representações sociais construídas por estudantes era formado somente pela evocação da *morte*, evoluindo, transformando-se ao longo do tempo com a presença das evocações *morte* e *sofrimento*, depois *morte*, *sexo* e *doença*, e, por fim, somente a evocação de *doença*. Tais mudanças refletem não apenas o crescimento das informações circulantes acerca da doença, como retratam dúvidas, inquietações e angústias desses sujeitos, divididos entre demandas e interditos.

O sistema periférico, no primeiro momento em 1992, exibia tão somente o estado de estupefação dos sujeitos diante da novidade, do desconhecido, da ameaça. Não se observava ainda atitudes e práticas de prevenção. Esta era referida somente no contexto da proteção contra uma gravidez indesejada. Posteriormente, quatro anos depois, já se observava referência à necessidade de práticas e atitudes preventivas e ao cuidado/descuido nas relações sexuais e nas transfusões de sangue e compartilhamento de seringas. Mais

tarde, em 2001 e 2008, a novidade já era naturalizada e presente nas atitudes e práticas mais estruturadas.

As representações sociais do HIV/Aids construídas por idosos, por sua vez, aglutinam-se em torno de *morte* e *doença*, sendo esta última evocação a de maior poder organizador. Considerando o sistema periférico é possível constatar a presença de estereótipos e de informações distorcidas e deslocadas, o que leva a questionar, profundamente, a efetividade de medidas e a pertinência de informações a eles dirigidas. A análise conjunta dos dois sistemas—central e periférico—deixa perceber indícios, nas expressões destes idosos, das contradições de um cotidiano de promessas e abandono, de esperanças e desânimo.

Diante disso, constata-se que as mudanças observadas nas representações sociais refletem e refratam as transformações clínico-epidemiológicas, políticas, sociais e culturais e as experiências vividas pelos sujeitos diante dessa epidemia, bem como o aperfeiçoamento das práticas de prevenção e de assistência. Mostram, também, a inserção desses sujeitos na totalidade social, permitindo entrever dimensões relativas ao objeto e suas formas de codificação/decodificação.

Ratifica-se, assim, que a apropriação dos conteúdos difundidos visando ao desenvolvimento de práticas efetivas de prevenção, como em qualquer outro processo de apropriação, funda-se nas condições de decodificação/codificação de informações, experiências e vivências por parte dos sujeitos, em seus grupos de pertença e de referência.

Ratifica-se, também, que estas condições se enraízam nas crenças, valores e normas sociais hegemônicas naqueles grupos de pertença ou nos que os sujeitos tomam como referência em sua relação com o objeto. As representações sociais de um objeto, portanto, distinguem culturas, assinalando sua pluralidade, dão pistas consistentes acerca dos contextos pessoais e simbólicos dos sujeitos, integrando o afetivo e o cognitivo,

orientando suas comunicações e condutas (BURSZTYN; TURA, 2001; MADEIRA, 2003).

Espera-se que as análises apresentadas possam oferecer pistas sobre possíveis contribuições que estudos sobre representações sociais de objetos no campo da saúde podem trazer. Se desenvolvidos de modo apropriado, estes estudos são uma ferramenta relevante para a preparação, acompanhamento e avaliação de intervenções neste campo, cada vez mais pertinentes e efetivas.

Referências

ABRIC, Jean-Claude. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, Denise. (Org). As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, v. 5, p. 205-223, 2001.

ARIÈS, Philippe. Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours. Paris: Éditions du Seuil, 1975.

ARNOLD, Donald M. et al. Mortality rates and causes of death among all HIV-positive individuals with hemophilia in Canada over 21 years of follow-up. *Blood*, v. 108, n. 2, p. 460-464, 2006.

BARBOSA, Maria Tereza S.; STRUCHINER, Claudio J. Impacto da terapia anti-retroviral na magnitude da epidemia do HIV/AIDS no Brasil: diversos cenários. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 535-541, 2003.

BARATA, Germana. O Fantástico apresenta a Aids ao público (1983-1992). In: Uma história brasileira das doenças. 2006. p. 116-146.

BASTOS, Cristiana. Ciência, Poder, ação: as respostas à Sida, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

BURSZTYN, Ivani; TURA, Luiz Fernando R. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para análise de possíveis interfaces. Moreira ASP, organizador. Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária, p. 89-102, 2001.

CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro; MOREIRA, Maria Adelaide Silva Paredes. Concepções sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids em mulheres. (Relatório de pesquisa). Jejuí: Mestrado em Enfermagem e Saúde-Universidade

Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012.

FLAMENT, Claude. Aspects périphériques des représentations sociales. Structures et transformations des représentations sociales, p. 85-118, 1994.

PALACIOS, Fátima Flores; FLORES, René Leyva. Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. Salud pública de México, v. 45, n. 5, p. 624-631, 2003.

HERZLICH, Claudine; PIERRET, Janine. Uma doença no espaço público, a AIDS em seis jornais franceses. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 2, p. 7-35, 1992.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. Editora Vozes, 2008.

LIMA, Tiago Cristiano; FREITAS, Maria Isabel Pedreira. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/aids, Brasil. Revista de Ciências Médicas, v. 22, n. 2, p. 77-86, 2013.

MADEIRA, Margot C. Quando uma presença se impõe ao olhar. In: MADEIRA, Margot C.; JODELET, Denise. *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN, 1998. p. 9-15

MADEIRA, Margot. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In:

MOREIRA, Anatonía Silva Paredes; JESUINO, Jorge Correia (Orgs). *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: EDUFPB, 2003. p.123-44

MCGRADY, GENE A.; JASON, JANINE M.; EVATT, BRUCE L. The course of the epidemic of acquired immunodeficiency syndrome in the United States hemophilia population. American journal of epidemiology, v. 126, n. 1, p. 25-30, 1987.

MOREIRA, Maria Adelaide Silva Paredes; SILVA, Antonia Oliveira; LIMA, Karoline Lima. Atenção básica à saúde do Idoso: um estudo de representações sociais. (Relatório de pesquisa). João Pessoa: PPGEnfermagem/UFPB. 2018.

MOREIRA, Maria Adelaide Silva Paredes; SILVA, Antonia Oliveira; NOGUEIRA, Jordana Almeida. Interfaces entre atenção à saúde do Idoso e vulnerabilidade ao HIV/Aids: um estudo de representações sociais. (Relatório de pesquisa). João Pessoa: PPG em Enfermagem/UFPB, 2009.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do et al. Comparando a Tuberculose e a AIDS no Brasil. v. 28, n. 2, p. 1-18, 2011.

- PARKER, Richard. A aids no Brasil urbano. Cadernos do Instituto de Medicina Social, v. 3, n. 1, p. 109-148, 1987.
- PÈREZ, M. A.; CARVALHO D. M.; TURA, L. F. R. Faces e fases da Aids. In: SOUZA, I .P. R.; CASTRO, G. F. (Orgs.), Abordagem odontológica da criança infectada pelo HIV. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2008. p. 1-12.
- ROMANELLI, Roberta et al. Efetividade da terapia anti-retroviral dupla e tríplice em crianças infectadas pelo HIV. Jornal de Pediatria, v. 82, p. 260-265, 2006.
- SÁ, Celso Pereira de. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis: Vozes, 1996.
- SÁ, Celso Pereira de. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- SEFFNER, Fernando; MÚSCARI, Marcello. Presença religiosa nas políticas públicas de enfrentamento à AIDS no Brasil: um estudo de caso. Estudos Teológicos, v. 52, n. 2, p. 374-388, 2012.
- TURA, Luiz Fernando Rangel; LUIZ, R. R. Vivendo e aprendendo: a informação e a representação social na prevenção da SIDA. In: Conferência Latinoamericana de Educación para la Salud, 1. Havana/Cuba. Anais,1993.
- TURA, Luiz Fernando Rangel. AIDS e prevenção: a estrutura das representações sociais. In: MADEIRA, Margot; JODELET, Denise. AIDS e representações sociais: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998. p. 121-54.
- TURA, Luiz Fernando Rangel; MADEIRA, Margot C. A dimensão educativa da prevenção: pensando a questão da AIDS. In: EPENN, 15. Anais. São Luiz: UFMA, 2001. p. 1-10.
- TURA, Luiz Fernando Rangel. Avaliação de intervenções de prevenção da Aids: contribuição da teoria das representações sociais. In: Jornada Internacional sobre Representações Sociais, 3. Anais. Rio de Janeiro:UERJ, 2003.
- TURA, Luiz Fernando Rangel; BURSZTYN, Ivan; CARVALHO, Diana Maul; GALLIEZ, Rafael Mello. Os sentidos da AIDS construídos por estudantes no oeste paraense. In: Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales, 2. Anais. Buenos Aires:UBA:UNQUI, 2007.

CAPÍTULO 13
SEGUINDO A VIDA, APESAR DA
VELHICE PROBLEMÁTICA:
um estudo de representações sociais com
idosos comunitários¹

Susanne Pinheiro Costa e Silva
Silvânia Laurentino Grangeiro
Maria Joycielle de Lima Maciel
Mirella Maria Costa e Silva

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é considerado um processo natural do desenvolvimento humano, que acontece gradativamente desde o nascimento. É sabido que esta fase é marcada por uma série de modificações físicas e psicológicas, podendo influenciar de diversas formas na vida cotidiana. Conforme tem ocorrido o aumento da expectativa de vida da população, é imprescindível garantir às pessoas, especialmente idosas, não apenas a longevidade, como também o bem-estar e a qualidade de vida (ROCHA, 2018).

Percebe-se que o processo de envelhecimento humano apresenta características singulares, pois cada indivíduo comporta-se de forma única, baseado em contextos históricos e culturais nos quais está inserido. Dessa forma, durante muito tempo foi entendido como um período de declínio e preparação para o fim da vida. Mesmo com o avanço da ciência e o desenvolvimento de estudos científicos, ainda a noção de que a velhice é uma etapa cheia de problemas, invalidez e perda da autonomia (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2009).

¹ DOI: 10.5281/zenodo.7682921

Não há como negar que a longevidade também foi alcançada devido a criação de políticas públicas de proteção e promoção à saúde geral, incluindo os mais velhos. No entanto, envelhecer nem sempre é caracterizado como um processo acompanhado por fatores que demonstram boas condições de saúde e autonomia para essas pessoas (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2018).

Outrossim, levando em consideração a rápida transição demográfica no país devido ao aumento da população idosa, observa-se grande mudança no perfil epidemiológico. Passa-se de um quadro de alta prevalência de doenças infecciosas para o predomínio de doenças crônicas não-transmissíveis (VANZELLA; NASCIMENTO; SANTOS, 2017).

É sabido que a forma como se envelhece é consequência de toda a existência. Destarte, é necessário investir na promoção da saúde desde cedo, evitando o acúmulo de hábitos prejudiciais que coloquem em risco a saúde, estimulando práticas e comportamentos saudáveis. Para tanto, uma ferramenta recomendável é a organização de Grupos Operativos nas Unidades de Saúde.

Destaca-se a importância destes grupos para idosos, tendo como foco à promoção da saúde e proporcionando apoio e suporte à comunidade. Objetivam, ainda, criar uma sociedade mais saudável e equitativa, oferecendo serviços que atendam às suas necessidades à medida em que prosseguem os anos (SCHOFFEN; SANTOS, 2018).

Cabe também ao setor saúde contribuir para a preservação da capacidade funcional daquele que envelhece, com propósito de garantir o desempenho das suas atividades de maneira independente (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Por conseguinte, as atividades desenvolvidas em grupos permitem a criação de vínculos entre seus membros, possibilitando troca de experiência, com vivência compartilhada. Isso permite o diálogo e tomada de

ação conjunta, admitindo a definição de estratégias que possam mudar realidades, além de facilitar a interação com a comunidade e com o meio onde se vive (PEREIRA, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2017).

Considerando que os grupos de convivência representam uma estratégia significativa durante o processo do envelhecimento, pois tem como finalidade facilitar a interação social dos idosos, devem estimular estes a se manterem ativos e, conseqüentemente apresentarem mais facilmente uma visão positiva sobre o envelhecimento, ressignificando-o.

Os idosos participantes de grupos normalmente entendem-no como uma etapa de experiência e longevidade. Entretanto, os não participantes o associam mais comumente a aspectos negativos, composto por doenças e limitações (CASTRO, 2020).

Para Araújo *et al.* (2017), os principais motivos que impedem ou limitam a participação de idosos em grupo de convivência são a falta de interesse, de tempo e o trabalho. Nesse sentido, é importante melhorar a comunicação da equipe de saúde com pessoas idosas, incentivando-as a conhecerem os grupos ofertados na comunidade para este público, o que pode influenciar positivamente sobre questões de saúde e qualidade de vida.

Outrossim, compreender a percepção do idoso que não está inserido nos grupos operativos no que tange ao envelhecimento é essencial para a efetividade dos serviços de saúde nessa etapa da vida, auxiliando no seu modo de promover saúde.

Dessa forma, espera-se contribuir com os profissionais que atuam na Atenção Básica, auxiliando no desenvolvimento de estratégias direcionadas à realidade dos idosos, criando estratégias para aumentar a participação desse público nos grupos organizados pelas unidades de saúde. Buscando explorar o tema, este estudo teve como objetivo compreender as representações sociais de idosos comunitários acerca do envelhecimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais, pois esta permite a melhor compreensão de opiniões expressadas, de forma que as representações são marcas por valores pessoais e da sociedade (FERNANDES; COSTA; ANDRADE, 2017).

A pesquisa (CAAE 30672120.5.0000.5188) foi realizada com 48 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes no município de João Pessoa – PB. Além disso, deveriam obedecer aos seguintes critérios de inclusão: não participar de grupos de convivência de idosos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do referido município; não apresentar condições que dificultassem a comunicação oral; concordar em participar do estudo, de forma voluntária e documentada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se, automaticamente, aqueles que não obedeceram aos critérios pré-estabelecidos.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, aplicada de forma individual e gravada em aparelho de áudio, com posterior transcrição para a construção do *corpus* desta pesquisa. A fim de caracterizar a amostra, foi aplicado um questionário sociodemográfico. Para manter o anonimato, os participantes foram identificados pela letra P, seguido do número ordinal em que ocorreram as entrevistas.

Os dados sociodemográficos foram organizados em planilha e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23. O *corpus* foi analisado por meio do sistema de análise quantitativa de dados textuais, o *software* Iramuteq–Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires.

Trata-se de um programa informático que realiza vários tipos de análise de dados textuais. Assim, neste estudo, utilizou-se a análise de similitude, que agrega as palavras e as ordena graficamente em função da sua frequência, possibilitando-se a identificação das palavras-chave do corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013). Conforme os resultados gerados, realizou-se a sua interpretação através da Análise de Conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os resultados obtidos, constatou-se que a média de idade dos 48 participantes foi de aproximadamente 66 anos, com idade mínima de 60 anos e máxima de 83 anos. Em relação ao número de filhos, a média foi de 3,5, com mínimo de 1 e máximo de 15 filhos.

No que tange ao gênero, observou-se que a maioria eram mulheres (68,8%). Conforme apontam outros estudos, este é um fator comum em unidades básicas de saúde, nas quais percebe-se a ausência do público masculino em praticamente todas as faixas etárias (LIMA FILHO *et al.*, 2019; DANTAS; COUTO, 2018).

Uma das explicações para tal fato deve-se à influência cultural e social na construção do gênero masculino, visto que muitos homens vivenciam a masculinidade hegemônica e dominante, pautada na preeminência do patriarcado, o que causa implicações na sua saúde pelo fato de pouco buscarem ações preventivas em detrimento às curativas.

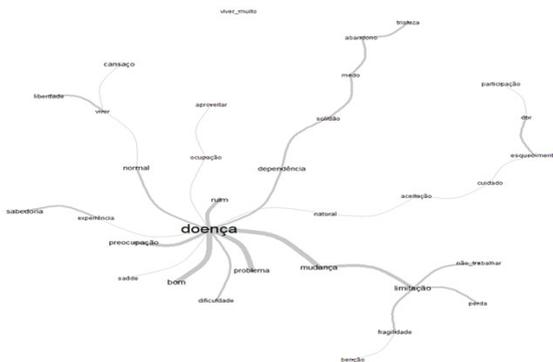
Notou-se que a maioria dos participantes eram aposentados (66,7%), com renda familiar de um a cinco salários mínimos (95,8%). A condição socioeconômica vivenciada por eles pode estar diretamente relacionada ao nível de escolaridade relatado, tendo em vista que a maioria não havia completado o ensino fundamental (52,1%), como também um percentual

considerável da amostra foi composto por pessoas não alfabetizadas (10,4%).

O número de participantes diagnosticados com doenças crônicas, especialmente Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, correspondeu a maioria dos entrevistados (81,3%), com utilização contínua de medicamentos (87,5%). Os dados corroboram com Veras e Martha (2018), em estudo que evidenciou particularidades específicas apresentadas pela pessoa idosa, dentre elas a presença de doenças crônicas. O consumo de um a três tipos de medicamentos diários é algo mais comum entre os idosos do que se pressupõe (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Os resultados gerados através do *corpus* das entrevistas pela análise de similitude, apresentados na Figura 1, identificam as conexões entre os termos e sua maior ocorrência nos discursos através da árvore de similitude. Estes foram representados pelos vocábulos *Doença*, *Preocupação*, *Problema*, *Mudança* e *Bom*, que foram os mais expressivos. Desse modo, evidenciam a estrutura do campo representacional dos idosos participantes em relação ao envelhecimento.

Figura 1. Árvore de elementos referentes às representações sociais de idosos comunitários sobre o envelhecimento. João pessoa (PB), Brasil, 2020.



As representações expressas pelos vocábulos foram discutidas através de três eixos temáticos, sendo eles: Envelhecimento adoecido; Fase de mudanças e limitações; e seguindo a vida apesar da velhice problemática.

Envelhecimento adoecido

Observa-se que o termo “doença” adquire posição central, conectando-se com todos os elementos da árvore, ratificando seu papel organizador das RS da do envelhecimento para os participantes. Liga-se fortemente aos elementos “mudança”, “problema” e “preocupação”, demonstrando os obstáculos que os mesmos atrelam a esta fase da vida. Isso pode ser explicado por apresentarem, na sua grande maioria, problemas relacionados à saúde, que influenciam em outras dificuldades e geram angústias.

Desse modo, percebe-se que as representações dos participantes refletem a associação do envelhecimento a um processo marcado por adoecimento, dores e perdas, gerando sujeição a outrem. Uma pesquisa

verificou que muitos idosos não participantes de grupo são mais dependentes que aqueles que participam (ALBUQUERQUE *et al.*, 2012), influenciando numa visão negativa sobre o envelhecimento. Esse achado pode ser observado nos trechos a seguir.

[...]Envelhecimento é viver de limitações que vem de doenças, como dores, falta de visão[...] (P12).

[...]O envelhecimento é uma doença! Não é bom, não[...] (P9).

[...]A velhice é uma fase diferente porque traz dores nos joelhos, pés e pernas. Dói tudo! [...] (P31).

Não obstante, o envelhecer se apresenta de forma singular, já que cada pessoa possui uma visão diferente, com significados e percepções distintas.

Conforme o avançar da idade, naturalmente ocorrem alterações biológicas e o ser pode tornar-se mais susceptível a patologias decorrentes dessa etapa da vida. Neste grupo, o processo de adoecimento transfigura-se como sendo uma forte característica da velhice. Dessa forma, pode-se compreender a vinculação do termo “ruim” à palavra “doença”, confirmando esta fase como algo percebido negativamente pelos entrevistados.

É comum idosos apresentarem queixas no que tange ao envelhecimento físico. O que fará grande diferença, todavia, é o modo como percebem a sua própria saúde durante essa fase da vida. Para aqueles que mesmo diante de problemas dessa ordem, procuram tratamento e melhor qualidade de vida, a velhice é, geralmente, encarada de maneira feliz (MENEZES *et al.*, 2018).

Sabe-se que quanto maior o número de doenças na pessoa idosa, maior a sua probabilidade de apresentar insatisfação em relação a sua

própria vida (CALDEIRA *et al.*, 2017). Desse modo, é imprescindível que as condições emocionais sejam observadas, as quais podem ocasionar o aparecimento de sintomas depressivos e, conseqüentemente, o desenvolvimento de outros problemas.

Os discursos emanados a respeito do envelhecimento permitiram o entendimento de que o mesmo é representado como a vivência de uma etapa diferente, repleta de acometimentos desagradáveis, ocasionados por alterações físicas e biológicas.

Por este motivo, Menezes *et al.* (2018) recomendam a conscientização sobre o processo de envelhecer, principalmente em relação às alterações físicas, contribuindo para que os idosos não se abstenham de suas atividades diárias, tampouco do convívio social. Isso pode, inclusive, estimular a participação em grupos operativos para idosos por parte de quem ainda não faz parte.

Fase de mudanças e limitações

As representações expressas neste eixo demonstram aquilo que os participantes enxergam desta etapa: modificações físicas, biológicas e sociais decorrentes do envelhecer, sendo os termos mais importantes destacados como: “mudança”, “fragilidade”, “perda” e “não trabalhar”. Estas transformações, na maioria das vezes, decorrem das dificuldades na realização de tarefas antes feitas facilmente, tornando a velhice um fardo ao se sentirem limitados e, muitas vezes, impotentes na sua vida diária.

Neste interim, cabe destacar que a definição de envelhecimento o estabelece como um processo dinâmico e progressivo, resultando em mudanças irreversíveis. Envelhecer, mesmo que de forma saudável,

envolve alguma perda funcional. Consequentemente, surgem certas limitações (OLIVEIRA *et al.*, 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A sensibilização de que o envelhecimento pode trazer consigo o surgimento de doenças auxilia na busca para que pessoas idosas desenvolvam o autocuidado, buscando meios para viver de maneira mais saudável, mesmo que haja o desgaste natural do corpo biológico. Mesmo assim, muitos gerontes só parecem ter este entendimento quando patologias já estão instaladas, dificultando o seu viver bem.

O fato de não participarem de grupos de convivência, inclusive, pode estar atrelado à dependência da atenção de familiares e/ou cuidadores, que também têm as suas atividades a desenvolverem. Assim, as limitações para realizar as atividades diárias interferem de forma negativa na independência e autonomia, conforme denotam os recortes adiante.

[...]A gente não pode dizer que temos o vigor da saúde, da força, resistência de quando éramos mais jovens. Hoje, nós temos limitações de força, dependemos dos outros[...] (P39).

[...]Eu gosto de andar sozinha, mas ultimamente sinto dores no joelho, então minhas filhas não me deixam sair só[...] (P1).

[...]Todo mundo tem limitações quando envelhece. Não tenho mais a força que tinha, tenho limitação de correr também; a visão não é mais a mesma[...] (P27).

Araújo *et al.* (2016) colocam que devido a diminuição da capacidade física, muitas vezes o idoso percebe que necessita da ajuda de outra pessoa. Isso faz com que o mesmo se sinta incapaz e frágil. Em vista disso, esse tipo de argumento gera uma cultura centrada no idoso incapaz, que não consegue realizar suas atividades, necessitando sempre de auxílio. Na

velhice, a manutenção da autonomia, assim como a independência, é vista como sinônimo de saúde.

Sobre este aspecto, um estudo encontrou que algumas mídias ao redor do mundo também contribuem para reforçar discursos negativos sobre o envelhecimento, localizando os idosos como um grupo sem poder, vulnerável e homogêneo (MAKITA *et al.*, 2019). Enquanto a velhice for considerada um problema e o envelhecimento algo que precisa ser resistido, retardado ou disfarçado, percepções sociais tradicionais e ultrapassadas influenciarão nas representações sociais desta fase da vida. Isto posto, observa-se que o envelhecimento despreparado pode gerar a ideia de dependência, resultando em sentimentos de medo, tristeza e solidão.

De certa forma, idosos que não costumam participar de grupos organizados na comunidade, seja pelas equipes de saúde ou outros meios sociais, tendem a se sentirem mais vulneráveis, especialmente quando param de exercer as suas atividades laborais, o que diminui o convívio social. É necessária a atenção, por parte dos profissionais dessas equipes, bem como das famílias, para auxiliar no envelhecimento ativo, sadio e com qualidade de vida.

Para tanto, é relevante estreitar os laços de amizade e fortalecer o conhecimento sobre as questões que envolvem o envelhecer, incentivando também à participação nos grupos operativos.

Seguindo a vida apesar da velhice problemática

Os termos “problema” e “preocupação” apresentam-se fortemente ligados ao termo central Doença. Isso demonstra os desafios encontrados na velhice, sejam as mudanças físicas, psíquicas ou até mesmo o próprio convívio social, que muitas vezes se encontra prejudicado.

Devido às implicações que o envelhecimento pode trazer, é natural que pessoas que vivenciam essa etapa mostrem-se mais preocupadas, principalmente quando percebem que, ao realizar determinadas atividades que seriam comuns em seu dia-a-dia, sentem dificuldades (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Ao envelhecer, mesmo as pessoas mais saudáveis e ativas podem perceber algumas dificuldades. Idosos comumente relatam que tais mudanças culminam em consequências ruins. Entretanto, os participantes relataram força de vontade para superar as adversidades e seguir, na medida do possível, realizando aquilo que lhes satisfaz. Alguns recortes podem exemplificar este achado:

[...]A velhice é a idade da dor! Dói em todo canto. “Velho não pode fazer isso, velho não pode fazer aquilo; olha que velho enxerido, dançando!” [...] (P12).

[...]Sinto limitação atualmente, pois tenho diabetes e não faço as mesmas coisas como antigamente. Mas não posso parar, tem que seguir adiante[...] (P25).

[...]A gente não pode dizer que tem o mesmo vigor, nem a força e resistência de quando éramos jovens. Hoje temos limitações, mas tento levar a vida[...] (P47).

[...]Se você gosta de se pintar, se pinta. [...]Se você gosta de usar roupa apertadinha e decotada, vista. Eu tenho 66 anos e tem gente que me julga porque eu uso roupas assim, mas é problema meu[...] (P21).

Devido à velhice ser reconhecida como a última fase do desenvolvimento humano, ao longo do tempo construiu-se a ideia de que o envelhecimento representa finitude. Por este motivo, muitos idosos entendem o processo como sendo o final da vida, embora não descartem a ideia de que é preciso continuar lutando para viver.

Entretanto, um estudo global sobre as cargas de doenças demonstrou que as taxas de doenças padronizadas relacionadas à idade diminuíram entre os anos de 1990 e 2017. Isso demonstra uma nova métrica, que deve facilitar a mudança de pensamento acerca do envelhecimento, o qual não deve ser visto apenas pela idade cronológica, mas também pelo estado de saúde da população (CHANG *et al.*, 2019).

Embora as representações denotem a elaboração social de um envelhecimento preocupante, rodeado de desafios, as mudanças tecnológicas e sociais que interferem nas representações sociais trazem à tona no grupo entrevistado algumas ideias acerca da nova configuração do envelhecimento, que vem sendo paulatinamente discutida: estratégias e possibilidades que podem proporcionar uma fase de vida positiva, de realizações pessoais e de cuidados com à saúde.

Assim, Araújo *et al.* (2015) ressaltam que o cuidado não pode ser limitado apenas a uma fase específica da vida. Portanto, cuidar da saúde ao longo desta pode garantir um envelhecer mais saudável e com menos agravos à saúde. Na velhice, o autocuidado deve ser ainda mais reforçado.

Um dos fatores que pode contribuir para a sensação de qualidade de vida na terceira idade é a prática de exercícios físicos, bem como dieta equilibrada. O estímulo às atitudes que minimizem consequências negativas à saúde deve ocorrer por parte de familiares e profissionais de saúde em qualquer oportunidade.

Nesse interim, a prática de atividades físicas é essencial à saúde, promovendo sensação de bem-estar e diminuindo, inclusive, a solidão causada pela falta de ocupação para muitos idosos. Portanto, contribui de forma positiva sobre os impactos ocasionados pelo envelhecimento, promovendo condições de se manterem ativos na terceira idade, com melhorias na qualidade de vida (BRAGA, 2015).

Destarte, é importante colocar que em meio a tantos problemas enfrentados na velhice, a mesma possibilita grande aprendizado, como exposto na árvore de similitude através dos elementos “experiência” e “sabedoria”. Segundo Gomes, Lodovici e Fonseca (2017), no decorrer do processo de envelhecimento, obtém-se grandes conquistas, as quais são adquiridas com o conhecimento acumulado e experiências vividas.

Destaca-se que não basta envelhecer. É preciso entender essa fase como mais uma em que se deve viver com qualidade, aprendendo a ressignificar as possíveis limitações e encarando todo o processo como libertador das amarras da vida, descobrindo novas formas de preencher o cotidiano e seguir adiante.

Os grupos de convivência para idosos podem atuar como espaço de cuidado, humanização e acolhimento. Além disso, o apoio recebido contribui para a prevenção, manutenção e recuperação da saúde de longevos, melhorando a autoestima e sua autopercepção de ser idoso. É necessário, assim, estimular a participação nestes equipamentos sociais, disseminando a importância deles na vida de idosos comunitários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer as representações sociais do envelhecimento para idosos comunitários não participantes de grupos operativos. Constatou-se que a percepção deles denotam significados controversos para essa fase da vida. Muitos participantes entendiam a velhice como uma fase marcada por processos patológicos e limitações, sendo necessário o cuidado de outrem.

Para eles, as representações sociais do envelhecimento se ancoram no discurso dominante deste ser um processo natural da vida do ser humano, por meio do qual ocorre o adoecimento do corpo, alterações estas de difícil

aceitação, o que acarreta tristeza e solidão. Os resultados apresentados possibilitaram visualizar que a fase da velhice ainda é entendida como algo que vem acompanhada de diversos problemas, embora observem os ganhos ocasionados pelos anos vividos. Assim, também figura como momento para adquirir e vivenciar novas experiências.

Por esses e outros motivos, os grupos de convivência nas unidades de saúde da família vêm ganhado destaque pelos resultados adquiridos, propiciando socialização e atividades para a promoção da saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde que atua na atenção básica deve planejar ações para a inclusão dos idosos que não participantes, esclarecendo os benefícios da participação social para o geronte e sua família.

Destarte, conclui-se que as Representações Sociais para o grupo investigado se pautam no universo consensual, através do conhecimento senso comum incorporado pelos idosos em seu dia-a-dia. Os longevos acabam perpetuando o imaginário social de que estar velho é sinônimo de perda das capacidades individuais. Ademais, é importante que a desconstrução da imagem de velhice sofrida, monótona e estereotipada seja substituída pelo envelhecimento ativo, saudável e autônomo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aluísia Guerra *et al.* Capacidade funcional e linguagem de idosos não-participantes e participantes de grupos de intervenção multidisciplinar na atenção primária à saúde. Revista CEFAC [online]. 2012, v. 14, n. 5, pp. 952-962.

ARAÚJO, Carin Andressa da Silva *et al.* Fragilidade e velhice na voz de idosos participantes de grupos. Revista Espaço Ciência & Saúde, v. 5, n. 2, p. 57-71, 2017.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes, *et al.* Representações sociais sobre fragilidade: concepções de idosos na atenção básica de saúde. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v. 21, n. 2, 2016.

ARAÚJO, Verbena Santos *et al.* Representações sociais sobre o cuidado

construídas por idosas. 2015. 131f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2015.

BRAGA, Irineide Beserra *et al.* A percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Id on line Revista de Psicologia*. n. 26, Supl. Esp. Abr, 2015.

CALDEIRA, Rebeca de Barros *et al.* Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 4, p. 503-517, 2017.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CASTRO, Jefferson Luiz de Cerqueira *et al.* Análise psicossocial do envelhecimento entre idosos: as suas representações sociais. *Actualidades em Psicología*, v. 34, n. 128, p. 1-15, 2020.

CHANG, Angela Y. *et al.* Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, v. 4, n. 3, p. e159-e167, 2019.

DANTAS, Suellen Maria Vieira; COUTO, Marcia Thereza. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, n. 30, p. 99-118, 2018.

DIAS, Ewerton Naves; PAIS-RIBEIRO, José Luís. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, v. 19, n. 3, p. 591-604, 2018.

FERNANDES, Janaína da Silva Gonçalves; COSTA, Beethoven Hortencio Rodrigues; ANDRADE, Márcia Siqueira. Representações Sociais de Idosos sobre Família. *Ciências Psicológicas*, v.11, n.1, p. 41-48, 2017.

GOMES, Ana Célia Soares; LODOVICI, Flaminia M. M.; FONSECA, Suzana Carielo. Envelhecimento? O que temos com isso? Algumas considerações sobre o contexto do envelhecimento na sociedade atual. *Revista Longevidade*, n. 51, 2017.

LIMA FILHO, Bartolomeu Fagundes *et al.* Perfil dos idosos participantes de grupos de convivência em unidades básicas de saúde do município de Santa Cruz, RN, Brasil. *Revista Kairós: Gerontologia*, v. 22, n. 1, p. 273-290, 2019.

MAKITA, Meiko *et al.* Ageing, old age and older adults: A social media analysis of dominant topics and discourses. *Ageing and Society*, 1-26, 2019.

- MENEZES, José Nilson Rodrigues *et al.* A Visão do Idoso Sobre o Seu Processo de Envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*, vol. 18, n. 35, p. 8-12, jul./dez. 2018.
- OLIVEIRA, Leticia Maria. *et al.* A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. *Rev Fund Care*, v. 10 n. 1, p. 167-172, 2018.
- PEREIRA, Meire Marchi. Qualidade de vida e nutrição em idosos participantes de centro de convivência da terceira idade. 2015. 102 f. Dissertação (Pós-Graduação) – Curso de Pós-Graduação em Infectologia em Saúde Pública, São Paulo, 2015.
- ROCHA, Jorge Afonso. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. *Revista FAROL*, v. 6, n. 6, p. 78-89, 2018.
- SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 4, pp. 585-593, 2008.
- SCHOFFEN, Lilia Lopes; SANTOS, Walquíria Lene. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 7, n. 3, p. 160-170, 2018.
- VANZELLA, Elídio; NASCIMENTO, João Agnaldo; SANTOS, Sérgio Ribeiro. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 7, n. 1, p. 65-73, 2017.
- VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1929-1936, 2018.